Revista de los Estudiantes de Medicina

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

MINISTERIO DE SALUD
Inventario y Control Patrimonial
Hospital "Víctor Larco Herrera"

AÑO IV - 1940 No. 3 Lima, (PERU)

El Instituto Sanitas
Sociedad Peruana

Tiene el agrado de anunciar a los Señores Médicos que en el próximo mes de Noviembre tendrán a su disposición los siguientes nuevos preparados nobles:

HEMOQUIN Preparado de Vitamina K sintética en grageas con la composición siguiente:

2-metil-1,4 naftoquinona	0.001 gr.
ácidos biliares	0.30 „

SANICOTIN preparado de ácido nicotínico en comprimidos con la composición siguiente:

ácido nicotínico	0.05 gr.
fosfato de sodio	0.10 „
escipiente	C. S.

SANITROMBIN preparado inyectable de extracto pulmonar hemostático de gran actividad, en ampolals de 2 y 5 cc.

CAROTAN solución oleosa vitamínica conteniendo:
120,000 U. I. de Vitamina A
6,000 U. I. de Vitamina D

FOLICULINA en solución oleosa inyectable con 10,000 U. B. I. por cc. Cajas de 3 ampollas de 1 cc.

GRACILAN comprimidos a base de extracto tirodeo y tiroxina pura, cristalizada.

Estos preparados, realizados en nuestros Laboratorios de Lima, representan para la Industria Nacional un laudable esfuerzo dada su gran importancia Farmacológica y Terapéutica.

"Si es Peruano es Bueno"

TODOS los libros para todas las PROFESIONES

MEDICINA — NOVEDADES

ASCHOFF.—Tratado de Anatomía Patológica, 2 volúmenes.
BAETZNER.—Diagnóstico quirúrgico de las enfermedades del riñón.
BARRAQUER.—Tratado de las enfermedades nerviosas, tomos 1 y 2.
BASSET.—Patología quirúrgica, tomos 1, 2 y 6.
BERGMANN.—Patología Funcional.
BRAEUNING - REDEKER.—Tuberculosis pulmonar hematógena del adulto.
CARDENAL.—Diccionario terminológico de ciencias médicas.
CASTRO.—Diagnóstico de actividad en la tuberculosis pulmonar.
CORACHAN.—Cirugía gástrica.
DEMEL.—Diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas.
DIEPGEN.—Historia de la Medicina.
ENRIQUEZ - LAFFITTE.—Patología Interna, 6 volúmenes.
FISCHER FERRER.—Curso de autopsias
GALLART.—Ocho lecciones clínicas.
GOTSCHLICH.—Microparasitología.
GARRIGA.—El tratamiento de la sífilis en sus períodos primario y secundario.
JANET.—Blenorragia.
JANSEN.—Enfermedades del oído.
KNEISE.—Atlas de citoscopia.
LANGE.—Psiquiatría para el médico general.
LUST.—Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los niños.
MACLEAN.—Enfermedades del riñón.
MARIE.—Medical vocabulary.
MORAWITZ.—Enfermedades de la sangre.
PIERANTONI.—Compendio de Biología.
PONDER.—Fisiología general.
POULSSON.—Farmacología.
PAITRE - LACAZE.—Práctica anatomo-qurúrgica ilustrada, 2 vols.
PELOUZE.—Gonorrea.
PUIGVERT.—Endoscopia urinaria.
ROMBERG.—Enfermedades del corazón y vasos.
ROMEIS.—Manuel de técnica histológica
ROSENTHAL.—Enfermedades del Hígado.
RUNGE.—Metrorragias y flujos,
SCHIEK.—Curso de Oftalmología.
SCHLAYER.—Enfermedades del riñón.
STICH - MAKKAS.—Errores y peligros de las operaciones quirúrgicas.
TESTUT & LATARJET.—Tratado de Anatomía Humana, 4 tomos.
TESTUT & LATARJET.—Compendio de Anatomía Descriptiva.
VALDEZ LAMBEA.—Las granulias.
VALLEJO NAJERA.—El tratamiento de la parálisis general.
VALLEJO NAJERA.—Síndromes mentales simulados.
ZONDEK.—Las hormonas del ovario.
ANDREWS.—Disease of the skin.
BEREN'S.—Eye Diseases.
BECKMANN.—Treatment.
CALLANDER.—Surgical Anatomy.
EISENDRATH.—Urology.
GONZALES.—Legal Medicine & Toxicology.
COLBERG.—Clinical Tuberculosis, 2 vols.
MAGNUSON.—Fractures.
TRONCOSO.—Diseases of the eye.

VENDEN CON FALILIDADES DE PAGO

The University Society Incorporated

Bejarano 267 — Teléfono 35598 — Apartado Nº 76 — Direcc. telegráfica Zigadag

GUIA PROFESIONAL

Prof. Dr.
Darío Acevedo
Unión 1072 — Telf. 36629

Prof. Dr.
Telémaco Battistini
Huirachoca 1365 — Telf. 35768

Dr.
Luis Darío Gutiérrez

Dr.
Miguel Cervelli
Arequipa 298 — Telf. 33479

Prof. Dr.
Rodrigo Franco
Camaná 935 — Telf. 13220

Dr.
Guillermo Filomeno
Pasaje Olaya 156 — Telf. 38793

Dr.
Manuel Gonzáles del Riego
Colmena 669 — Telf. 37377

Prof. Dr.
Alberto Guzmán Barrón
Negreiros 582 — Telf. 35227

Dr.
Oscar Guzmán del Villar
Moquegua 410 — Telf. 31450

Dr.
Abelardo Indacochea
Chiclayo 487 — Telf. 33316

Dr.
F. León y León

Prof. Dr.
Juan B. Lastres
Colmena 295 — Telf. 32264

Dr.
Federico Sal y Rosas
Lampa 1021 — Telf. 30280

Dr.
José Max Arnillas Arana
Arequipa 298 — Telf. 31438

Prof. Dr.
Gustavo Luna
Sáenz Peña 118 — Telf. 90266

Prof. Dr.
Aurelio Loret de Mola
Ucayali 133 — Telf. 31768

Dr.
Amador Merino Reyna
Colmena 519 — Telf. 35008

Dr.
Artemio Miranda

Dr.
Enrique Navarrete
Puno 372 — Telf. 31380

Dr.
Jorge de Romaña
Pasaje Larrabure 150 — Telf. 36572

Dr.
Belisario Sánchez
Alfonso Ugarte 1029 — Telf. 10184

Dr.
Germán Stiglich
Ucayali 142 — Telf. 37207

Prof. Dr.
Carlos Villarán
Alfonso Ugarte 1029 — Telf. 10184

Dr.
Juan A. Werner
Polvos Azules 188 — Telf. 33539

Prof. Dr.
Pedro Weiss
San Jacinto 151 — Telf. 36722

Dr.
Oswaldo Hercelles G.
Lampa 833 — Telf. 30934

Dr.
J. E. Zegarra Reyna
Pobres 1062 — Telf. 36278

Prof. Dr.
Jorge Valdeavellano
Minería 149 — Telf. 34290

SUMARIO

Pág.

EDITORIAL 1

TRABAJOS ORIGINALES:

Prof. Dr. O. García Rossell.—Sistemática de la tuberculosis 3

Dr. Oswaldo Hercelles G.—Conceptos sobre el mecanismo de acción del sulfamidil y sus derivados 9

Sr. Roberto Augusto A.—Observaciones clínicas en el tratamiento de procesos bronco-pulmonares por el septipiridin 13

Sr. Nicanor la Torre.—Extraño origen de la espermática izquierda 19

NOTAS PARA EL INTERNADO:

Diagnóstico de las compresiones del mediastino 21

TRADUCCION:

Alteraciones traumáticas y morbosas de los discos intervertebrales con compresión de la médula espinal 36

LECCIONES Y CONFERENCIAS:

El ejercicio ilegal de las profesiones médicas 45

LO QUE DICEN LOS ALUMNOS 49

Notas de actualidad 54

Revista de Revistas 52

Avisamos a Nuestros Lectores

Que acabamos de recibir de nuestras Tipográficas y tenemos para la venta, al contado o **con grandes facilidades de pago,** obras de indiscutible valor, como ser:

CIRUGIA OPERATORIA, en 2 tomos, por Horsley & Bigger;
CLINICA PROPEDEUTICA QUIRURGICA, en 1 tomo, por M. López Esnaurrizar;
ENFERMEDADES DE LA MUJER, en 2 tomos, por Crossen & Crossen;
FISIOLOGIA, en 2 tomos, por el Prof. Dr. Angel Pugliese;
FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL Y CLINICA, en 1 tomo, por Pou Orfila;
OBSTETRICIA, en 2 tomos, por Williams;
SINOPSIS DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO, en 1 tomo, por J. L. Kantor;
SINOPSIS DE ENFERMEDADES ANORRECTALES, en 1 tomo, por L. J. Hirschman;
SINOPSIS DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO, en 1 tomo, por Agustín I. Dodson;
TECNICA QUIRURGICA DE LAS OPERACIONES ABDOMINALES, en 1 tomo, por J. L. Spivack;
TERAPEUTICA BIOLOGICA, en 1 tomo, por Gaston Lyon;
TERAPEUTICA CLINICA Y FARMACODINAMIA, en 3 tomos, por Héctor J. Roselló;
URGENCIAS DE CIRUGIA, en 1 tomo, por Louis Dambrin;
VIDA DE CIRUJANO, en 1 tomo, por Andrea Majocchi;
ANATOMIA DENTAL, en 1 tomo, por Diamond;
ANESTESIA EN CIRUGIA DENTAL, en 1 tomo, por Sterling V. Mead;
CIRUGIA BUCAL, en 2 tomos, por Sterling V. Mead;
DENTADURAS COMPLETAS Y PARCIALES, en 1 tomo, por Lee Walter Doxtater;
DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA, en 1 tomo, por L. V. Hayes; y,
PROCEDIMIENTOS MODERNOS EN CORONAS Y PUENTES, en 1 tomo, por L. W. Doxtater.

Todas estas valiosas obras han sido editadas a todo lujo y será suficiente que se nos indiquen los títulos de las que les interesen para, a vuelta de correo, enviarles mayores y más completos detalles e informes.

Sírvase dirigirse, mencionando esta Revista a:

Editorial Gonzalez Porto,

Edificio Jesús Nazareno 113 — Oficinas 201 y 202 — Teléf. 35908 — Ap. 1858
LIMA

Revista de los Estudiantes de Medicina

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Director: Damaso González R.
Redactores: Mario Pastor B., Humberto Rotondo, Ricardo Vergara, Asunción Caballero, Jorge de la Flor.

Año IV No. 3

EDITORIAL

Han transcurrido 55 años desde aquel 5 de Octubre en que Carrión pagó con su vida la inquietud de investigación científica de la Escuela Médica Peruana. Después de once lustros, los continuadores del glorioso estudiante de Medicina, llevan honestamente y bien ganado el título de tales. Este 5 de Octubre de 1940, ha encontrado a médicos y estudiantes de Medicina, identificados en el pensamiento y en la acción, rindiendo homenaje al símbolo común.

Este es un hecho que merece especial atención; pues no se trata, solamente, de un acto episódico y accidental —que no tendría más importancia que la de cualquier acoplamiento—, sino de un suceso, al cual es preciso situar debidamente, para esclarecer mejor las relaciones entre médicos y estudiantes de Medicina, en particular; entre jóvenes y viejos en general.

Efectivamente, jamás se insistirá demasiado al afirmar que no se pueden enfrentar como antinómicos, la fuerza promisora que siempre ha representado y representa la juventud; con la capacidad razonadora y desapasionada que simboliza la edad madura. Ambas se complementan y se refuerzan. Pero ambas, también, pueden neutralizarse y anularse. El problema es de comprensión, de conocimiento, de contacto; condiciones estas que en muchos casos faltan, de-

terminando que jóvenes y viejos no solamente se desconozcan; sino, lo que es peor, que se conozcan mal.

En Medicina no estamos sustraídos a este fenómeno general. La incomprensión y el mal conocimiento han coadyuvado, cuando no determinado, el insurgimiento de situaciones desagradables. Y aún vemos como muchos médicos de edad madura o con una "posición espectable", ven, no solo en el estudiante de Medicina, sino también en el médico joven, al instruso que sacrílegamente trata de hollar los dominios donde ellos son amos y señores. Como reacción, también observamos que en el elemento joven hay quienes ven, en los que les llevan algunos años de ventaja, a un fósil impermeable a toda emoción nueva, a toda inquietud sincera, a toda aspiración altruísta.

Terminar con esta situación, llegar al convencimiento de que solamente cuando a la emoción de la juventud se aune la responsabilidad de la edad madura, se iniciará una etapa más proficua y más humana, dentro de lo que esto es posible en nuestras actuales condiciones de vida; es el principal significado, que para nosotros tiene, la actuación realizada el 5 de Octubre en la casa de los jóvenes médicos peruanos.

Médicos y estudiantes de Medicina, cada uno dentro de sus respectivas organizaciones; trabajando, como ahora, independientemente, pero siempre en contacto, están llamados a forjar mejores días para la Medicina Nacional, cimentando, sobre todo, la consideración mutua, factor sin el cual no prosperarán jamás las relaciones colectivas, como no prosperan, por ejemplo, los vínculos que unen al estudiante con el profesor que piensa culminar una buena enseñanza tratando despectivamente a los alumnos.

Ojalá que el nombre de Carrión no solamente estimule la investigación científica; sino también el recíproco respeto y consideración individual y colectiva; entre los que en una u otra forma vemos en él a uno de los pionners más abnegados y más dignos de ser imitado.

TRABAJOS ORIGINALES—

Sistemática de la Tuberculosis

Por el

Prof. Dr. Ovidio García Rosell

No existe un criterio uniforme para clasificar las formas clínicas de la tuberculosis ni existe aún una tendencia definida en el sentido de armonizar el criterio de los clínicos sobre una base singular. Esto es lógicamente explicable. Los hechos pato-biológicos jamás encuadran en moldes definidos. Cada enfermedad infecciosa es un complejo vital del elemento atacante y del elemento atacado. Cada uno de ellos tiene su calidad de acción y reacción y esta varía en el macro-organismo, de sujeto a sujeto y el micro-organismo se amolda en la lucha a las condiciones del campo y del ambiente en que actúa. La forma clínica de una enfermedad infecciosa es la expresión resultante de ese complejo y como tal tiene una fisonomía propia en cada caso. Las clasificaciones no deberán tener la pretensión de reducir en su síntesis todas las posibilidades, deberán tener, y realmente tienen, un valor relativo, que se desenvuelva teniendo como centro un factor o un grupo de factores encadenables. La clasificación de formas clínicas en tuberculosis es un recurso que se crea artificialmente para un mejor entendimiento utilizable principalmente en el campo de la enseñanza. Lejos de la tarea infinita e imposible de definir en explicación cada una de las modalidades de expresión de la tuberculosis humana, tratemos de reunir en cuadros las expresiones símiles. Tal es la razón por la que, pese al convencimiento inicialmente expresado, tratemos en el curso de nuestras lecciones de desarrollar un cuadro clasificador de las formas clínicas de la enfermedad de nuestro estudio; aun en peligro de contribuir al menor entendimiento con una clasificación más sobre la multitud de clasificaciones que corren por el mundo de la Tisiología.

Los aportes anatomo-clínicos-biológicos que han venido siendo introducidos en el conocimiento de la tuberculosis hacen que encontremos ya inadecuados los fundamentos de las clasificaciones clásicas. El fundamento clínico que norma muchas de ellas, casi todas de fuente latina, acasó las más ajustadas a la impresión objetiva de los hechos funcionales, no alcanza a dar cabida a todas las formas de aspecto más común. Las de fundamento anatómico están aún más lejos de la finalidad utilitaria que es condición de gran aprecio para tisiólogos y médicos generales, en cada clasificación propuesta. Cosa igual puede repetirse y con razones mayores respecto de las clasificaciones basadas sobre factores de clasificación más restringida: baciloscopía, radiológica, higiénica, etc.

En el curso de nuestra práctica docente revisamos algunas de las clasificaciones más difundidas, pero adoptamos para el desarrollo ulterior una en la que tratamos de amoldar las inducciones, o por mejor decir, los términos conocidos a los puntos fundamentales de la doctrina tisiológica actual.

Nos basamos, en esquema original, en las aportaciones de Ranke. Nos hacemos cargo de todas las críticas, pero encontramos que en principio señala una pauta arreglada a los hechos reales de la infección tuberculosa. Agrupamos asi las formas clínicas según los tres períodos ya clásicos. Sinembargo interpretamos cada uno de ellos en una mayor extensión. El primer período no está constituído únicamente por la manifestación local del complejo bipolar y la manifestación biológica de la alergia esclerógena. Antes y después de él pueden haber manifestaciones de generalización. Que ésta exista es un hecho casi inobjetable, como lo es en la sífilis en el período de incubación, antes de que aparezca el chancro ulcerado, pero la manifestación clínica de este período es indudablemente raro. La Tifobacilosis que aparece, según constataciones ya señaladas, antes de las manifestaciones radiológicas o cuyo período de estado coincide con aquellos dos fenómenos es indudablemente un fenómeno de generalización de pleno estadío primario. Asi también lo es el eritema nudoso en iguales condiciones. Es probable que hayan aún otras manifestaciones no bien identificadas, sobre todo en los niños que corresponden a este período. Consideramos pues, en el *período primario:*

A) manifestaciones clínicas locales

B) manifestaciones clínicas de generalización.

Manifestaciones clínicas locales. Este grupo incluye:

1) Complejo primario respiratorio. Habitualmente infantil a tipo coqueluchoide o neumónico.

2) Complejo primario digestivo, tipo enterítico o enmascarado en la más variada patología digestiva de la infancia.

3) Complejo primario de los otros sistemas: amigdaliano, dentario, etc., etc.

4) Complejo primario inaparente. Su constatación es ulterior a su involución demostrándose solamente por las secuelas radiológicas o anatómicas, o por la aparición de la reacción tuberculínica.

Manifestaciones clínicas generales. Incluímos aquí:

1) La tifobacilosis del período ante-alérgico o contemporáneo del viraje tuberculínico y de la aparición del efecto primario radiológico; y

2) El eritema nudoso en iguales condiciones.

En el *período secundario,* que se acepta como estadío de generalización e hiperalergia, agregamos algunas formas de generalización que además de la vía hemática utilizan las otras vías de diseminación, a partir de un complejo primario fresco, pero siempre en hiperalergia, estas formas se singularizan por ese preciso carácter de hacer predominar clínicamente los fenómenos locales, pero biológicamente los de la gran reacción alérgica propia del segundo estadío.

De tal manera que encontramos en este estadío secundario:

A) Formas a predominio clínico y anatomo-radiológico local; y

B) Formas a predominio clínico y anatomo-radiológico general.

Entre las primeras consideramos:

1) La *epituberculosis.* No incluímos dentro de este término la reacción perifocal que puede encontrarse en cierto momento del inicio de todo brote tuberculoso, sino la inflamación inespecífica que es frecuente en los niños, rara en los adultos portadores de un complejo primario en involución, y cuya aparición coincide con la exacerbación de la reacción alérgica.

2) La *tisis crónica de la pubertad* en el sentido de Beitzke, originada a partir del ó de los polos ganglionares de un complejo primario no terminado, con exacerbación alérgica, aunque esta hiperalergia no es de muy larga duración.

3) La *forma ganglio pulmonar caseosa,* con hiperalergia mas fugaz y curso más rápido que la anterior.

4) La *neumonía caseosa.* Forma habitualmente inmediata a un complejo primario, tardía por infección masiva.

Entre las formas del período secundario clásicamente consideradas tenemos las de generalización hemática propiamente hablando. Tales:

1) La *granulia aguda generalizada.*

2) El *grupo de la proliferación virulenta de Neumann;* con excepción de la tifobacilosis y el complejo primario proliferante:

PRIMER PERIODO esclerógena Alérgico-	A.-Con manifestaciones clínicas locales	Complejo primario respiratorio	
		„ „ digestivo	
		„ „ de los otros sistemas	
		„ „ inaparente	
	B.-Con manifestaciones clínicas de generalización	Tifobacilosis	
		Eritema nudoso	
SEGUNDO PERIODO Hiperalergia	A.-Formas a predominio clínico y anatomo-radiológico local	Epituberculosis	
		Tisis crónica de la pubertad	
		Ganglio pulmonar caseosa	
		Neumonía caseosa	
		Granulia aguda generalizada	poliserositis pleuritis
		Grupo de la poliferación virulenta de Neumann	fibrosa difusa y densa con las úlcero fibrosas
	B.-Formas a predominio clínico y anatomo-radiológico general	Grupo de la proliferación leve de Nemann	Siembras hemáticas benignas discretas Extra pulmonares
		Siembras hemáticas intrapulmonares	Siembras granúlicas parciales
			Abortiva de Bard
TERCER PERIODO Alergia discreta	A.-Formas localizadas	Fibro caseosa extensiva o tisis común	
		Formas post pleuricas	
		Formas congestivas de Bard	
		Infiltrado precoz	
		Lobitis	
	B.-Formas con generalización	Localizaciones extra pulmonares a tipo productivo exudativo, que se alejan del beneficio de la Cirugía	

a) Poliserositis,

b) Pleuritis,

c) Las fibrosas, difusa y densa, con sus estados terminales (úlcero fibrosas).

3) *El grupo de la proliferación leve de Neumann:*

a) Siembras hemáticas benignas o discretas, principalmente extra pulmonares.

4) *El grupo de las siembras hemáticas intra pulmonares.* Identificando en este grupo al lado de las siembras granúlicas parciales que toman extensión y localización tan diferente dentro de los campos pulmonares, a la forma abortiva de Bard, verdadera siembra hemática de vértice cuya manifestación inicial es a tipo congestivo y cuya secuela se identifica anatómica y radiológicamente con las siembras nodulares de Simon.

En el *período terciario* consideramos también con un criterio que abarca más campo que el original, no solamente las formas crónicas, ulcerativas, de reacción mixta productiva-exudativa, de reacción alérgica discreta, sino además, las formas de generalización a partir de esos focos terciarios y encontramos una profunda diferencia desde el punto de vista biológico y clínico entre las generalizaciones del período secundario que aparecen siempre con hiperalergia y que cuando son discretas y localizadas son compatibles con la vida y curan en buen número de casos, muchas veces expontáneamente; y las generalizaciones del período terciario que coinciden habitualmente con el derrumbe, viraje negativo, de la discreta reacción tuberculínica que acompaña a la tisis terciaria y cuyo pronóstico, sea cual fuera su localización, es siempre grave.

Consideramos, repetimos, en este tercer período:

A) *Formas localizadas,*

B) *Formas con generalización.*

Entre las primeras:

1) La fibro-caseosa extensiva o tisis común,

2) Las formas post-pleuríticas,

3) Las formas congestivas de Bard, formas de transición del segundo al tercer período.

Como sub-formas, o formas de comienzo de la tisis común:

el inflitrado precoz,

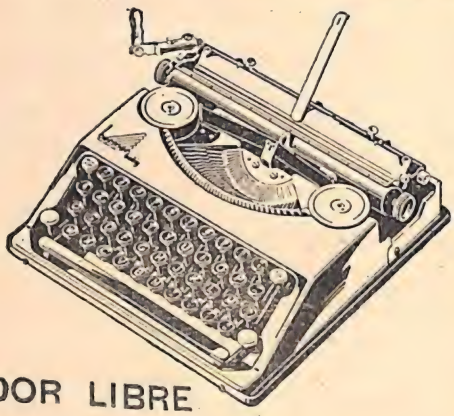
la lobitis.

Entre las *formas de generalización:*

Todas las localizaciones extrapulmonares a tipo productivo-exudativo, vale decir, la inmensa mayoría de formas de las antiguamente llamadas tuberculosis quirúrgicas, y que por la razón misma de su cali-

dad se alejan según el criterio quirúrgico dominante, de los beneficios de la cirugía.

Consideramos que este esquema, en el que se trata de asociar el factor anatómico, al clínico y singularmente al biológico, puede ser de aplicación utilitaria tanto en sentido diagnóstico como en el terapéutico. Basta decir que todas las formas secundarias están excluídas de la terapia colapsante y que una prueba tuberculínica oportuna, puede decidir el pronóstico cuando se tiene delante una evidencia clínica y radiológica.



MARGINADOR LIBRE

PALANCA ESPACIADORA

CAMBIO CINTA AUTOMATICO

3 KILOS DE PESO, INCLUYENDO SU ELEGANTE ESTUCHE DE ACERO.

7 COPIAS PERFECTAS, NITIDAS Y UNIFORMES.

ADQUIERALAS POR S/o. 10 MENSUALES

SOCIEDAD IMPORTADORA SUIZO - PERUANA S. A.

Avenida Grau 141 — Teléfono 31082

TERAPIA VITAMINICA

ANTINEURITICA

Para uso intramuscular o intravenoso:
Cajas de 3 ampollas de 1 cc.
DOSIS DEBIL: 1 cc.
corresponde a 1000 U. I.
DOSIS FUERTE: 1 cc.
corresponde a 5000 U. I.

Para uso oral: frasco de 20 tabletas
Cada tableta corresponde a 500 U. I.

VITA-IFIP

B1

clorhidrato de tiamina

BERIBERI — NEURITIS Y POLINEURITIS — NEURALGIAS — PARALISIS POSTDIFTERICAS Y POLIMIELITICAS — ANOMALIAS DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO — HIPOTONIA GASTRO-INTESTINAL

INSTITUTO FARMACEUTICO ITALO-PERUANO

Muestras a disposición de los Señores Médicos

Gadusan

ESPECIFICO
en la
TOXEMIA
TUBERCULOSA

con marcada Acción Antitérmica y Antitóxica

Composición: Murruato cúprico coloidal
Envases: Ampolletas de 1 cc., 2 cc., 5 cc., 10 cc., 20 cc.
Indicaciones:
Tuberculosis Pulmonar
Tuberculosis Ganglionar
Tuberculosis Oseas
Tuberculosis Laringeas
Trayectos Fistulares Tuberculosos
Pleuresías
Estados Pretuberculares
Convalescencias
Ciertas Formas de Anemia
Intoxicación Aurica

POSOLOGIA: De preferencia dosis altas.—Es perfectamente tolerado por todos los enfermos, aún los niños de muy poca edad.

VIAS DE APLICACION: Intramuscular, Endovenosa y aplicación local.—Perfecta tolerancia por todas estas vías y por cualquier enfermo aún los muy graves.

PRODUCTO DEL

Instituto Terapéutico Orlando Rangel

RIO JANEIRO, BRASIL

AGENTE EN EL PERU

OSCAR L. RIVERO

Calonge 332 — Apartado 1532 — Teléfono 35081

Lima, Perú

Conceptos sobre el Mecanismo de Acción del Sulfamidil y sus Derivados

Por

Dr. Oswaldo Hercelles G.

En articulo publicado en el número precedente de esta Revista hemos manifestado que solo el núcleo sulfamídico del prontosil era el que tenía acción bactericida, basándonos en las experimentaciones realizadas por Trefouel, Bovet y Nitti.

Levaditi y sus colaboradores no aceptan que se pueda llegar en forma tan radical a considerar sin ningún rol a la función colorante azoica del Prontosil. Asi se interrogan la razón por la que Dogmak y sus compañeros, han preferido incorporar dentro de la función azoica este núcleo sulfamídico junto con el núcleo aminado, diciendo que ello no puede ser con el objetivo de mantener un color, ni por ignorarse el rol qu juega el núcleo sulfamídico en la acción antimicrobiana. Levaditi sostiene que la utilización práctica de los azoicos sulfamídicos ofrece ventajas evidentes.

En primer lugar las propiedadts tintoreales del color permite reaiizar una dispersión electiva del cuerpo actuante, pudiéndose asi por el rol fijador del retículo endotelio para los colorantes localizar precisamente en el foco inflamatorio donde se establece la agresión microbiana y la defensa del retículo endotelio.

De otra parte el colorante de la función azoica hace que por el desdoblamiento que es necesario para que el sulfamidil se ponga en libertad, se produzca la concentración sulfamídica en forma paulatina y constante, evitándose asi las dosis masivas en la sangre que pueden ocasionar intoxicaciones serias y las bajas rápidas de las concentraciones óptimas que se buscan.

Sin embargo si estos conceptos emitidos en 1935 por Levatiditi con Vausman y Gley tienen fundamentos sólidos para la defensa del prontosil, es evidente que en la actualidad los eficientes derivados sulfamídicos con ausencia de la función colorante azoica, han permitido com-

prender que había que investigar más profundamente el mecanismo bactericida de estos compuestos, cuyos carácter particular de acción no está aún totalmente esclarecido. Se puede sin embargo afirmar que estos medicamentos poseen propiedades particulares que combinadas explican los éxitos que con ellos se obtienen.

Hasta hace poco tiempo nos encontrábamos con dos concepciones opuestas. La primera sostiene que el medicamento cumple su misión después de haberse transformado en un derivado eficaz que actuará sobre el gérmen por intermedio del organismo, haciendo que por disminución de su multiplicación, de su toxicidad y detención de la capsulación se haga más fácilmente fagocitable. Es así que se afirma que el aparato defensivo fagocitario es el que asegura en último término, la desvitalización el microbio. La intervención del organismo se cumple trasformando el medicamento, reglando el ritmo de su eliminación, dificultando la multiplicación del microbio, deteniendo la capsulación y asegurando la destrucción temporal o definitiva del gérmen por medio del aparato fagocitario.

La segunda concepción está basada en considerar al núcleo sulfamídico como un antiséptico con acción bactericida directa, que cumplirá su misión si la bacteria es sensible y si la concentración en la sangre se encuentra en cantidad suficiente.

K. Wolf y H. Juluis que propugnan esta segunda concepción, hacen en 1939 una interesante revisión del modo de acción del sulfamidil in vitro e in vivo, llegando a importantes conclusiones, que á continuación expondremos y que modifican algunos conceptos establecidos.

La acción descapsulante de que habla Levaditi y sus colaboradores no existe ciertamente en todos los casos. Se puede constatar un efecto terapéutico sin que las cápsulas sean modificadas. Y de otra parte, mal podría aceptarse como un hecho esencial de eficacidad la descapsulación desde que se vé efectos favorables en infecciones por bacterias no capsuladas (meningitis cerebro-espinal, cistitis a colibacilo).

La neutralización de las endotoxinas que podría constituir una parte importante del modo de acción de los sulfamidos, encuentra como objeción el no poderse explicar como puede una misma sustancia sulfamídica hacer inactivas toxinas que difieren tan considerablemente las unas de las otras.

El concepto emitido por Finklestein en 1938 de que el sulfamidil a una concentración débil y exactamente determinada actúa favorablemente sobre la fagocitosis, encuentra serias objeciones frente a determinados casos. Así ¿podría aceptarse como acción fagocitaria la esterilización rápida de la orina en los casos de colibacilosis? De otra parte como se podría explicar con el concepto de la acción fagocitaria los éxitos en el tratamiento de la fiebre puerperal que es tan altamente

tóxica y los fracasos constantes en la Endocarditis lenta? Si lo esencial de la acción del sulfamidil reside en la activación de la fagocitosis, la electividad relativa del medicamento quedaría sin explicación.

Wolf y Juluis en su importante trabajo publicado en los Anales del Instituto Pasteur en 1939, llegan a las conclusiones siguientes:

1° —La sustancia actuará directamente sobre la bacteria.

2°—Esta acción presenta un carácter particular que hace que los sulfamidados no puedan ser colocados en un mismo plano que los antisépticos.

3°—Los sulfamidos dejan intactas, principalmente las células del organismo destinadas a la defensa antibacteriana, estimulándolas eventualmente.

F. Meyer sostiene que la acción estimulante de las células puede en algunas veces realizarse con sueros que no actuando solos, ofrecen magníficos resultados combinados con el sulfamidil o sus derivados.

Los recientes experimentos hechos por Wolf sobre la acción del sulfamidil in vitro hacen ver que esta sustancia actúa directamente sobre las bacterias, por detención en el mecanismo de su reproducción. Esta detención de la reproducción se operará a condición que las bacterias se reproduzcan rápidamente (deberán multiplicarse un número mínimo de veces —alrededor de 8— en el medio sulfamídico en un tiempo mínimo). Hecho este último que nos explicará porqué la sustancia sulfamídica actúa mejor sobre infecciones agudas que sobre infecciones crónicas. Y de otro lado, estas mismas experiencias hacen ver que sobre las bacterias que no están en reproducción no ejerce el sulfamidil ninguna acción. Así, bacterias que han estado en contacto con el sulfamidil por dilatado espacio, sembradas en medios exentos de sulfamidil se reproducen perfectamente bien. Si el proceso de reproducción se hace lentamente las bacterias no sufrirán la influencia del sulfamidil. De aquí que se considere que la sangre juegue únicamente el rol de acelerador en la reproducción, no interviniendo en la acción antibacteriana del sulfamidil.

El sulfamidil no puede ser considerado, por consiguiente, como un antiséptico, desde que en los antisépticos la acción no depende del proceso de reproducción de las bacterias.

En lo que respecta a la ninguna acción destructiva del sulfamidil, sobre las células destinadas a la defensa antibacteriana se ha demostrado por el cultivo de tejidos que una concentración 10 o 100 veces más fuerte que la q' exige la acción antibacteriana no deteriora las células de los organismos superiores, ni altera su proceso de reproducción.

Levaditi acogiéndose a estos últimos trabajos sostiene en 1939, que si se aceptan estas ideas habrá que convenir que las bacterias detenidas en su reproducción tienen que ser destruídas en último término por la

acción fagocitaria. Y discutiendo el mismo investigador, la quimioterapia de las neumococias experimentales, llegó a importantes conclusiones que a continuación anotaremos.

La virulencia de los neumococos depende más del potencial capsulógeno de los microbios que de la capacidad fagocitaria de los leucocitos. Una inoculación de neumococos es patógeno por la razón que encuentra en el organismo, los materiales necesarios a su pululación capsulogenética. Los derivados, terapéuticamente activos, harán el medio interior impropio para la reproducción capsulogenética del gérmen, permitiendo asi que los leucocitos los engloben fácilmente por ausencia de esta coraza potecris. Levaditi y Dogmak explican la concepción del mecanismo de acción del sulfamidil diciendo "que no se trata de una excitación no específica del sistema retículo endotelio, sinó de un ataque específico dirigido contra el agente patógeno. Los gérmenes no son siempre muertos, sinó modificados suficientemente para que la destrucción definitiva sea operada por la acción fagocitaria del organismo".

Si la solución definitiva sobre el mecanismo de acción de los sulfamidos no está aún totalmente resuelta, se ve por los últimos trabajos publicados por Dogmak y Levaditi que las dos concepciones que aparecían totalmente divergentes hasta hace poco tiempo, pueden conciliarse considerando que a la acción directa que sobre el microbio ejerce el medio humoral, modificado por el medicamento, se asocia la intervención de las defensas naturales del organismo para hacer inofensivo el agente patógeno y sus secreciones, y determinar de tal suerte, la curación de los procesos infecciosos.

A los señores Estudiantes de Medicina

SE INVITA A ADQUIRIR LITERATURA Y MUESTRAS QUE LA CASA

HOFFMANN LA ROCHE & CIA. - BASILEA

PONE A SU DISPOSICION POR INTERMEDIO DE SUS AGENTES EN LIMA

PIAGET HNOS.

Espaderos 554 —— Casilla 1678

Observaciones Clínicas en el Tratamiento de Procesos Bronco-Pulmonares por el Septipiridín

Por

Roberto Angulo Aragón

(5º Año de Medicina)

Con el presente artículo no pretendo establecer un método nuevo en el tratamiento de estos cuadros nosológicos, lo cual estoy muy lejos de realizar; sino simplemente dar a conocer uno de tantos resultados de la terapia sulfamida-piridina de elaboración nacional.

Por el tenor del artículo hago un paréntesis a las consideraciones nosográficas de estos procesos, por ser un punto de todos nosotros bien conocido, por lo tanto nada tendría que decir; solamente haré un breve resumen de los datos más saltantes de las historias clínicas de seis casos y su tratamiento por el Septipiridín.

Con el permiso de los doctores Pedro Roca Zela del Pabellón 2 Sala 2 del Hospital Arzobispo Loayza y del Dr. Enrique Manchego del Servicio San Andrés del Hospital Dos de Mayo, quienes han tenido la gentileza de cederme para este tratamiento los pacientes de sus respectivos Servicios, publico el presente artículo.

Caso No. 1.—Enferma N. N. de 16 años de edad, natural de Huarochirí procedencia La Victoria, ocupación comerciante.

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Menarquia: a los 14 años, tipo 3/30, regulares, dolorosos; última regla a fines de julio.

Enfermedad actual.—Hace 8 días inicia el proceso en forma insidiosa con cefalea; malestar general; escalofríos; fiebre alta, la que se hace continua en los días siguientes; dolor en el hemitórax izquierdo; tos con expectoración herrumbrosa. En esta forma trascurren 4 días, al cabo de los cuales se agrega dolor en el hipocondrio derecho, náuseas y vómitos biliosos e intensificación de los primeros síntomas descritos. Se trata empíricamente en su casa, no consiguiendo mejoría y se hospitaliza en el Servicio 2 ocupando la cama No. 32.

Examen clínico.—Enferma disnéica, gran postración, sensorio en buen estado.

Aparato respiratorio.—A la inspección nada apreciable, a la palpación vibraciones aumentadas en el tercio inferior y posterior del hemitórax izquierdo; a la percusión matitez en dicha zona; a la auscultación soplo tubario con estertores crepitantes que lo circundan; broncofonía.

Aparato circulatorio.—Del lado del corazón solamente taquicardia.

Aparato digestivo: normal.

Aparato Uro-genital: normal.

Exámenes complementarios de laboratorio.—Numeración y fórmula: leucocitosis de 17400; hematíes 4250000: neutrofilia de 87% repartidos en 13 abastonados, 71 segmentaos y 3 juveniles; linfocitos 8% y monocitos 5%.

Diagnóstico: neumonía lobar izquierda inferior.

CASO No. 2.—N. N. de 48 años profesión zapatero, natural de Huarochirí, procedencia Acobamba.

Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes personales.—Resfriados frecuentes; es operado de hipertrofia de la próstata.

Enfermedad actual.—Refiere el paciente que hace 2 días después de haber sido operado de la próstata, presenta en forma brusca dolor de costado en el hemitórax derecho, escalofríos seguidos de fiebre, disnea intensa y tos con expectoración herrumbrosa abundante; en esta forma permanece 2 días en la Sala San Andrés Cama 36.

Examen clínico.—Enfermo sudoroso, disnéico, facies angustiosa.

Aparato respiratorio.—A la inspección nada anormal; a la palpación se aprecia aumento de vibraciones vocales en el tercio ínfero-posterior del hemitórax derecho; a la percusión matitez limitada a este nivel; a la auscultación gran cantidad de estertores crepitantes en esta zona, discreto soplo tubario; broncofonía.

Aparato circulatorio.—Pulso taquisfígmico, regular, blando. Taquicardia y tonos reforzados.

Aparato digestivo y uro-genital normales.

(No se hizo numeración y fórmula).

Diagnóstico: neumonía lobar.

Caso No. 3.—Enferma N. N. de 43 años de edad. Ocupación Cocinera. Natural de Ica. Procedencia Lima.

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Enfermedad actual.—Inicio brusco hace 4 días con malestar general, escalofríos y fiebre, tos con poca expectoración gomosa; con esta sintomatología trascurre en su casa, es tratada empíricamente, al no conseguir mejoría resuelve hospitalizarse, ocupando la cama 58 del Pabellón 2.

Examen clínico.—Enferma ligeramente desnutrida, disnéica, facies angustiosa.

Aparato respiratorio.—A la inspección nada apreciable; a la palpación vibraciones ligeramente aumentadas en la mitad inferior del hemitórax derecho; a la percusión matitez en esta zona; a la auscultación gran cantidad de estertores roncantes dispersos y soplo tubario de débil intensidad en esta región.

Aparato digestivo y uro-genital: sin ninguna particularidad digna de mención.

Aparato circulatorio con caracteres normales.

Exámenes de laboratorio.—Hematíes 4'080,000. Leucocitos 11,200; neutrófilos 63%. Wassermann +++.

Análisis de orina con caracteres normales.

Diagnóstico: Congestión pulmonar activa tipo Woillez.

Caso No. 4.—Enferma N. N. de 28 años de edad, casada, ocupación su casa, natural de Trujillo, procedencia Lima.

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Menarquia: a los 15 años tipo 4/30, regulares, última regla mediados de julio.

Enfermedad actual.—Comienza su cuadro en forma insidiosa con malestar general, cefalea durante 3 días; después de lo cual en forma violenta escalofríos seguidos de fiebre, la que continua alta en los días siguientes, tos con expectoración seromucosa en regular cantidad discreto dolor de costado; en esta forma trascurre varios días ingresa al Servicio ocupando la cama 42.

Examen clínico.—Enferma sudorosa ligeramente disnéica, buen estado de nutrición, estado mental lúcido.

Aparatorio respiratorio.—Nada apreciable a la inspección; a la palpación discreto aumento de vibraciones en el tercio superior y posterior del hemitórax derecho y base del mismo lado; a la percusión submatitez en esta región; a la auscultación soplo tubario discreto en el tercio superior derecho, algunos estertores crepitantes y subcrepitantes en este hemitórax; resonancia de la voz en estas zonas.

Aparato circulatorio, digestivo y uro-genital normales.

Exámenes de laboratorio.—Análisis de orina muestra urobilina en

regular cantidad, presencia de ácidos biliares en el sedimento células vesicales y fosfatos amorfos.

Numeración y fórmula: muestra leucocitosis de 14,000 con neutrofilia de 82% con desviación a la izquierda.

Diagnóstico: Bronconeumonía.

Caso No. 5.—Enferma N. N. de 38 años de edad, soltera, ocupación lavandera, natural de Chepén, procedencia Miraflores.

Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes personales: tos convulsiva y sarampión en la infancia; grippes poco frecuentes.

Enfermedad actual. Refiere la enferma que inicia su cuadro en forma insidiosa hace 8 días con malestar general, cefalea, fiebre discreta por las tardes en esta forma trascurren 5 días para presentar dolor en el hemitórax derecho, fiebre elevada, tos con discreta expectoración herrumbrosa en esta forma transcurren 3 días sin mejorar y se hospitaliza en el Pabellón 2 cama 57.

Examen clínico.—Enferma disnéica, sudorosa, angustiosa.

Aparato respiratorio: a la inspección disminución de la movilidad en el hemitórax derecho; a la palpación vibraciones aumentadas en el tercio inferior de este hemitórax; á la percusión matitez en esta zona; a la auscultación soplo tubario con estertores crepitantes que le circundan en esta región; broncofonia.

Aparato digestivo y uro-genital: normales.

Aparato circulatorio: del lado del corazón solamente taquicardia.

Examen de laboratorio: numeración y fórmula: leucocitosis de 19,000 con neutrofilia de 83%.

Diagnóstico: neumonía lobar.

Caso No. 6.—Enferma N. N. de 24 años de edad, natural de Casma procedencia Lima, ocupación su casa.

Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes personales: dice haber padecido continuamente de resfriados.

Menarquia: no recuerda el inicio, tipo 3/30, regulares en presentación.

Enfermedad actual: Refiere la enferma que hace 6 días en forma brusca inicia su cuadro con malestar general, escalofríos y fiebre (40°), dolor en puñalada en el hemitórax derecho, tos con expectoración sanguinolenta; en estas condiciones consulta un facultativo quien le prescribe cucharadas e inyecciones; como no mejora resuelve hospitalizarse, ocupando la cama 50 del pabellón 2.

Examen clínico.—Enferma angustiosa, gran postración, disnéica.

Aparato respiratorio: a la inspección nada anormal; a la palpación aumento de las vibraciones vocales en el tercio medio del hemitórax izquierdo; a la percusión matitez en esta zona; a la auscultación soplo tubario y algunos estertores crepitantes en esta región; broncofonía.

Aparato digestivo y genito-urinario: con caracteres normales.

Aparato circulatorio: solamente taquicardia y taquisfigmia.

Exámen de laboratorio: numeración y fórmula: leucocitois de 22,000 con neutrofilia.

Diagnóstico: neumonía lobar.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE ESTOS CASOS—

Los casos descritos fueron tratados con Septipiridin a la dosis de 3 gramos diarios; observándose después de dos días de tratamiento que la temperatura desciende en lisis en los casos 1, 2, 4 y 5; y en crisis en los 3 y 6; al mismo tiempo el estado general mejora, la disnea y el dolor de costado desaparecen en todos éllos, la expectoración disminuye, los signos físicos permanecen los mismos en los casos 1, 2, 4 y 5 y disminuye en los 3 y 6 En los días siguientes de la. evolución: se aprecia que la temperatura llega a la normal para no presentar nuevas alzas y permanecer en apirexia durante 5 días, más o menos, tiempo al cabo del cual fueron dadas de alta cada una de ellas; así mismo los signos físicos son muy discretos, llegando a desaparecer en la mayoría de ellos; el estado general es bueno. Habiendo recibido como dosis total de tratamiento cada uno, un promedio de 12 gramos de Septipiridin.

CONCLUSIONES—

El proceso de los tratamientos broncopulmonares por el Septipiridín ofrece ciertas ventajas a mencionar:

1°—Como sabemos que los casos de neumonía tratados con sueros antineumónicos mono y polivalentes, dan resultados buenos en unos casos; o sea en aquellos en que el suero coincide con el neumococo en causa del proceso tratante; siendo mediocre o tal vez nula la acción en aquellos en los que seguramente por no corresponder el suero a la raza neumocócica actuante en el proceso, la terapéutica no es buena. Habiendo 32 diversas razas de neumococos y solamente existen sueros específicos para las razas 1, 2, 3 y 4; y no asi para los restantes en los que la acción del suero sería nula. Por otra parte la sulfamida-piridina actúa sobre todas estas diversas razas que ocasionan la variedad

de cuadros clínicos, en una forma muy apreciable. De donde se deduce una ventaja.

2°—En los seis casos observados no se ha comprobado manifestaciones de intolerancia mucho menos de toxicidad; sin que por ello pueda concluírse que este producto pueda ofrecer algunos peligros tóxicos o de otra índole en otros casos a tratarse.

3°—Además el elevado costo del suero no permite estar al alcance de las clases menesterosas; el bajo costo del Septipiridín ofrece esta ventaja para el tratamiento eficaz de estos procesos.

5°—Cabe decir que los resultados obtenidos por el Septipiridín son tan iguales a los obtenidos por los similares extranjeros.

Pluma Fuente

PILOT

La preferida
por profesionales
y estudiantes

Tipos desde $ 10.00

Distribuidores:

N. Murono Co.

Virreyna No. 488 — Teléfono 32843

Extraño origen de la Espermática Izquierda

Por

Nicanor A. La Torre
(2º Año de Medicina)

En el curso de la disección de los órganos contenidos en el segmen subdiafragmático hemos hallado dos arterias renales, una principal y una accesoria, a cada lado de la aorta abdominal.

La *rama principal* nace a un centímetro por debajo de la mesentérica superior en el borde externo de la aorta abdominal. Esta rama suministra *los ramos prepiélicos.*

La *rama accesoria* nace, más o menos, a siete milímetros por debajo de la emergencia de la principal, en el tercio externo de la cara anterior de la aorta abominal. Emanan de esta rama los *ramos retropiélicos* y la *polar inferior.*

Próximo al orígen de la polar inferior se desprende la *arteria espermática izquierda* que, en el resto de su trayecto, se oculta bajo el peritoneo parietal que tapiza la pared posterior del abdómen. Como sabemos, esta arteria normalmente debe surgir de la aorta abdominal.

La *vena espermática izquierda,* después de su orígen en el plexo pampiniforme, se adosa a la cara interna de la arteria espermática del mismo lado y unidas por una vaina de tejido celular, cruzan la cara anterior del uréter a la altura del nacimiento de la mesentérica inferior. Poco más o menos a cinco centímetros del orígen de la arteria espermática izquierda, la vena le abandona para desembocar en la *vena renal izquierda,* constituyendo el triángulo reno-espermático de base superior y vértice inferior.

La base del *triángulo reno-espermático* está constituída por la arteria renal accesoria; el lado interno, por la vena espermática; y el lado externo, por la arteria espermática.

Los vasos espermáticos izquierdos reunidos cruzan la cara anterior del psoas, ulteriormente son cubiertos por el colon sigmoide y ganan el anillo inguinal interno, donde se juntan a los demás elementos

que constituyen el cordón espermático. Bajo esta nueva forma atraviesan todo el trayecto inguinal para terminar finalmente en el *testículo izquierdo,* dando la arteria una rama interna que irriga la cara interna y otra rama externa que nutre la cara externa.

Los Profesores Testut y Latarjet describen en su obra arterias renales dobles y hasta quíntuples. Igualmente hacen mención que en la arteria renal izquierda puede tener origen anormal la diafragmática inferior, la capsular media, la *espermática izquierda,* etc.

Pero los mismos autores no hacen alusión del nacimiento de la *espermática izquierda de una arteria renal y tampoco citan las considerables dimensiones que consigue el testículo por aquélla irrigado.*

CONCLUSION—

Por consiguiente, el cadáver disecado ofrece dos irregularidades que despiertan la atención:

a) *La arteria espermática izquierda naciendo de la arteria renal accesoria.*

b) *El testículo por ella irrigado ofrece un volumen mayor que el del lado opuesto y por ende sobrepasa el normal.*

Muy probable que ese macrodesarrollo testicular izquierdo se debe a las facilidades que brinda la estación de pié a la mecánica circulatoria.

NUJOL LABORATORIES
2 Park Avenue New York U. S. A.
MISTOL
CON
EFEDRINA
Indicado en: resfríos y congestiones nasales; irritaciones de la garganta, tos y ronquera por catarro; irritaciones por abuso de tabaco y traqueitis.
Pueden usarlo adultos y niños.
Distribuidores
International Petroleum Co. Ltd.
Apartado Correo 1081 — LIMA-PERU — Teléfono 11850

NOTAS PARA EL INTERNADO—

Diagnóstico de las Compresiones Mediastínicas

GENERALIDADES.—El mediastino es la parte media de la cavidad toráxica. Es el espacio comprendido entre los dos pulmones por una parte, y entre el raquis y el esternón por otra. Es una región extremadamente compleja, en la que se enredan un gran número de órganos, de los cuales muchos tienen una importancia vital, y que pertenecen a los aparatos circulatorio, digestivo, respiratorio, nervioso.

Es por eso que el sufrimiento de estos diversos elementos acarrean una sintomatología muy rica que se concreta en lo que se llama el "síndrome mediastínico". *Pero, hecho capital, tal síndrome NUNCA se presenta completo en la práctica.* Lo más a menudo es un *síndrome parcial*, no traduciéndose más que por algunos signos o un solo signo predominante, de donde se deducen ya las grandes dificultades de interpretación.

Otra noción caracteriza el síndrome mediastínico: *es la frecuente dificultad para establecer su diagnóstico etiológico.*

Y, se puede ya insistir sobre la importancia capital de tres afecciones, al menos en el adulto

el aneurisma del cayado aórtico
la enfermedad de Hodgkin
el cáncer del pulmón.

En fin, otra particularidad: el síndrome mediastínico es notable por la habitual y profunda gravedad de su pronóstico.

DIAGNOSTICO POSITIVO

Sin desconocer el carácter *muy artificial*, de semejante descripción, expondremos simultáneamente, en un capítulo, los elementos positivos del síndrome mediastínico, con:

sus signos funcionales

sus signos físicos.

A. *SIGNOS FUNCIONALES*—

I. Trastornos respiratorios.

Ocupan un lugar preponderante por su frecuencia y su importancia.

a) *DISNEA*. Puede ser:

1) *Continua:* debida a la compresión de la tráquea o de los bronquios, es una *disnea de esfuerzo* y de carácter progresivo, no cediendo a los calmantes habituales. Se acompaña a veces de un ronquido sonoro con máximo inspiratorio, constituye el *cornaje*. Con el *cornaje* existe, muchas veces, *tiraje supra* o *sub-esternal*.

2) *Paroxística:* debida a una compresión nerviosa (neumogástrico o recurrente).

Se presenta entonces: sea bajo la forma de *pseudo-asma*, que se breviene por accesos diurnos o nocturnos, contribuyendo a frecuentes errores de diagnóstico, sea bajo la forma de *espasmo* de la glotis o de crisis de *laringitis estridulosa*.

b) *TOS*. Puede ser:

Coqueluchoide, penosa.

O bien, *ronca*, fuerte, ruidosa, sonoro (tos como ladrido).

Pero otras veces, es una tos común, discreta, acompañada de una expectoración sin caracteres especiales.

c) *VOZ*. Frecuentemente modificada

sea voz velada, apagada, áfona

sea voz enronquecida, cascada, *bitonal*, muy evocadora de una lesión *del recurrente*. Necesidad, entonces de un *exámen laringoscópico*.

II. *Trastornos digestivos*

Se traducen por *disfagia*, ya contínua ya progresiva; ya *intermitente y caprichosa*.

III. *Trastornos nerviosos*

Se desconfiará:

de los dolores sordos, profundos, retroesternales o dorsales. A veces revisten los caracteres de las neuralgias intercostales.

Otras veces, revisten un carácter anginoso.

En otras, neuralgias braquiales, cervicales.

El ataque del *pneumogástrico* determina además de los trastornos respiratorios y disfágicos, manifestaciones cardíacas: taquicardia o bradicardia.

El ataque del frénico se caracteriza por determinar hipo, con sus puntos dolorosos clásicos.

El *simpático* se pondrá de manifiesto por una desigualdad pupilar y por congestión de una mitad de la cara.

En suma, se desconfiará, sobre todo, de los *dolores bilaterales tenaces,* que resisten a los analgésicos habituales.

IV. *Pero, hecho fundamental, estos trastornos funcionales mediastínicos están, bastante a menudo, desprovistos de caracteres típicos.*

La disnea puede ser vaga

La tos, común

Los dolores toráxicos, insignificantes.

Se supone la importancia:

1) *del exámen físico*

2) y, sobre todo, del *exámen radiológico.*

B. *SIGNOS FISICOS*—

El exámen físico debe ser metódico y muy atento.

Puede:

o revelar signos de gran valor

o descubrir signos cuyo valor se desconocía

o no descubrir absolutamente nada.

I. *INSPECCION*

Puede mostrar:

a) *Una circulación venosa colateral,* que deberá dar siempre la alerta, *sea acusada:* en la base del cuello sobre la parte anterior del tórax, pudiendo extenderse a la región tóraco-abdominal

sea ligera, con *riesgo de pasar inadvertida.*

b) *Un edema en esclavina*

a nivel de la cara, del cuello, de las escápulas y de los miembros superiores. Es el edema en "manteleta", edema duro, resistente, elástico, sin godet.

Pero, muchas veces, se trata de un edema más localizado, que puede pasar inadvertido.

c) *Cianosis,* a nivel de las regiones tumefactas.

Se sabe que esta tríada: circulación colateral, edema en esclavina, cianosis, caracteriza la *compresión de la vena cava superior.*

d) *Un arco de bóveda,* lo cual es muy raro

e) *Un tumor pulsátil, expansivo,* característica de un *aneurisma aórtico exteriorizado* (pero constatación también muy rara).

f) Un *síndrome de Claude-Bernard-Horner,* con

su enoftalmia unilateral

su miosis

su estrechez de la hendedura palpebral.

Elementos todos que traducen un ataque del simpático.

II. *PALPACION*

Poco instructiva para el diagnóstico de la compresión mediastínica misma.

Util, a veces, para el diagnóstico etiológico (expansión de un aneurisma, ganglios axilares y supraclaviculares).

III. *PERCUSION*

También es, frecuentemente, *negativa.*

A veces, revela la existencia de dos áreas de matitez patológica.

1) *Area anterior:* a nivel del manubrio y en la parte interna de los dos primeros espacios intercostales.

2) *Area posterior:* región interescapular extendida entre el 7º cervical y el 8º dorsal.

Matitez paravertebral.

Pero, frecuentemente se perciben modificaciones de la sonoridad torácica, por fuera de estas zonas mediastínicas, *a causa de lesiones asociadas.*

IV. *AUSCULTACION*

Los signos que suministra son inconstantes y, a menudo, sin caracteres definidos; no obstante, deberá llevarse sucesivamente sobre:

la respiración

y la voz.

a) *Respiración.* Se puede percibir:

1) *Una abolición o disminución del murmullo vesicular en todo o parte de un pulmón, contrastando con la integridad de la sonoridad y de las vibraciones vocales.*

Este síntoma, desgraciadamente muy inconstante, traduce la compresión de un bronquio grueso.

2) *Un soplo interescápulovertebral*, sobre todo, espiratorio, muy seco y de timbre tubárico, cavernoso o anfórico.

3) *Signos pseudo-cavitarios* que, lejos de ayudar al diagnóstico, son a menudo fuente de errores de interpretación.

b) *Voz.* A veces se percibe un signo interesante:

1) *La broncofonía vertebral anormal:* resonancia o eco exagerado de la *voz alta, por debajo de la 5a. dorsal,* a veces, hasta la 7a. dorsal (al menos en el adulto).

2) *La pectoriloquia áfona* (signo de Espine), o cuchicheo vertebral, percibido *por debajo de la 5a. dorsal* (al menos en el adulto).

c) *Exámenes complementarios.* No se sabría insistir bastante sobre su importancia capital, sobre todo refiriéndose a:

I) *Radio:*

Se harán: radioscopías
radiografías
y, mejor, *radioestereografías*
de frente
de perfil
en oblícuas.

Se repitirán estos exámenes.

A veces la radio revela una compresión mediastínica hasta entonces perfectamente latente. Muchas veces la radio aclara el *diagnóstico etiológico* de la compresión mediastínica.

II) *Exámen laringoscópico*
revela, a veces, la compresión mediastínica
puede mostrar una parálisis recurrencial unilateral.

III). *Esofagoscopía.*

Hay casos en que merecerá efectuarse.

Pero, condición indispensable, no hacerla sino después de estar seguros, por una radio previa, que no existen aneurismas aórticos.

IV) *En fin, será útil practicar*

a) una *broncoscopía*
b) una *biopsia ganglionar*
c) un *exámen de sangre*

d) y, *siempre practicar el exámen visceral completo de todo enfermo portador de un síndrome mediastínico.*

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existen dos posibilidades:

A. *Diagnóstico fácil.*

En presencia de un *síndrome mediastínico rico:* con ....

edema en esclavina
tos coqueluchoide
voz bitonal
circulación toráxica abundante
disnea paroxística con cianosis.

Desgraciadamente estos casos son raros en la práctica.

B. *Diagnóstico difícil.*

En regla, es un *diagnóstico difícil* porque *el síndrome mediastínico es incompleto no traduciéndose mas que por un signo predominante o algunos signos queafectan un cariz común.*

El mayor escollo es el de no pensar en el síndrome mediastínico o desconocerlo (noción capital).

Así:

a) *una disnea continua* hará sostener un diagnóstico común de enfisema, de bronquitis crónica o de *tuberculosis* fibrosa

b) *una disnea paroxística, asmatiforme* nos llevará a establecer un diagnóstico de *asma*

c) *una tos coqueluchoide* no será confundida con la tos de la verdadera coqueluche, puesto que encontraremos además:
repetición (canto de gallo)
expectoración filante y glerosa
vómitos.

d) *Trastornos laríngeos* pueden inducirnos a concluír:
en una laringitis común
en un edema de la glotis
en una tuberculosis o sífilis laríngeas.

e) *Dolores torácicos* serán tomados, a menudo, por simples neuralgias intercostales

o reumatismo

f) *La disfagia guiará hacia un cáncer del esófago.*

DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO

Este diagnóstico no tiene más que un *interés relativo,* pues, lo que importa, una vez en posesión del diagnóstico positivo de compresión mediastínica, es el diagnóstico etiológico.

Este diagnóstico topográfico no se sienta sino clínicamente, pues la radio lo certifica y afianza rápido.

Es clásico, sin embargo, distinguirlo de:

un síndrome del mediastino ántero-superior
un síndrome del mediastino medio
un síndrome del mediastino inferior
un síndrome del mediastino posterior.

A. *Síndrome del mediastino ántero-superior*

Comprende esencialmente el *síndrome de obliteración de la vena cava superior con su tríada ya citada.*

Accesoriamente pulso paradojal de Kussmaül caracterizado por la disminución de la amplitud del pulso o su desaparición fuera de la inspiración.

Más accesoriamente, sobreelevación de los subclavios.

B. *Síndrome del mediastino medio.*

El más frecuente.

Compresión sobre todo:

de los bronquios
del recurrente izquierdo

Síndrome bronco-recurrencial

disnea
voz bitonal

La compresión de los *hilios pulmonares* puede acarrear además compresión de los vasos

pulmonares Arterias..... hemoptisis
Venas..... congestión de las bases
hidrotórax (compresión de las ácigos).

Físicamente:
disminución unilateral del murmullo vesicular
el signo de Espine
la desigualdad de los dos pulsos radiales.

C. *Síndrome mediastínico posterior.*

Aquí:
Compresión del esófago (disfagia)
compresión de los pneumogástricos (trastornos del ritmo cardíaco)
compresión del simpático (síndrome de Claude Bernard-Horner)

D. *Síndrome del mediastino inferior.*

Es el síndrome de la *vena cava inferior.*
edema de los miembros inferiores
hepatomegalia
ascitis
En práctica es el dominio de la *pericarditis tuberculosa.*

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Es muy difícil.

Es el más importante, en razón del pronóstico y del tratamiento que son su consecuencia.

Debe retenerse la noción de la edad.

EN EL ADULTO

Es en los adultos en los que se tiene la ocasión de observar con más frecuencia los síndromes mediastínicos.

Deben discutirse tres principales causas:

1) *El aneurisma de la aorta.*
2) *La enfermedad de Hodgkin.*
3) *El cáncer del pulmón.*

A. *El aneurisma del cayado aórtico.*

1) *Caso fácil*

A veces, el diagnóstico es facilitado

a) *clínicamente,* se puede observar:

1) *Signos directos aneurismáticos*

tumor batiente, pulsátil, expansivo

Segundo centro de latidos en el pecho (los dos corazones en el pecho.)

Signo de Oliver-Cardarelli.

2) *Signos periféricos*

desigualdad, asincronismo de los pulsos radiales.

3) *Signos indirectos de sífilis*

aortitis

leucoplasia

ataque de los reflejos

estigmas humorales.

b) *radiológicamente*

Tumor no disociable de la aorta, cualquiera que sea la orientación dada al enfermo

Tumor batiente

Tumor expansivo

Pérdida del paralelismo en los bordes de la aorta.

II. *Casos difíciles*

Frecuentemente *es un diagnóstico muy difícil*

a) *clínicamente*

ausencia muy frecuente de los signos directos aneurismáticos

ausencia frecuente de todo signo físico

o, aún, presencia de signos físicos de carácter normal, tales como un doble soplo, que hace sentar el diagnóstico de enfermedad de Hodgson.

b) *radiológicamente*

Grandes dificultades (insistir)

—*muchos aneurismas no laten*

—ciertas imágenes aneurismáticas desbordan sobre un pulmón y simulan una afección pulmonar.

—ciertos tumores, no vasculares, pueden transmitir los latidos aórticos y hacer creer en un aneurisma.

—la mediastinitis, por último ,no existe para simplificar las cosas.

Es muy importante sentar el diagnóstico de aneurisma, pues implica *un pronóstico*

inexorable: peligro de ruptura

peligro de muerte súbita

peligro de insuficiencia ventricular izquierda.

B. *La enfermedad de Hodgkin*

I. *Casos fáciles*

Cuando el síndrome mediastínico no está aislado y que se encuentra:

adenopatías externas, numerosas, duras, móviles, asimétricas.
prurito
eosinofilia
esplenomegalia

II. *Casos difíciles*

Cuando el síndrome mediastínico aparece aislado (forma mediastínica de la enfermedad de Hodgkin).

Se concederá cierto valor a las sombras yuxtahiliares, redondeadas o policíclicas, de límites netos, de aumento progresivo y asociadas, frecuentemente, a sombras parenquimatosas. Pero, como veremos, el cáncer del pulmón puede suministrar imágenes semejantes.

Se investigarán entonces:

adenopatías externas, por más pequeñas que sean, con el fin de hacer una biopsia, que revelará la célula de Sternberg, caractrística de la enfermedad de Hodgkin.

manifestaciones cutáneas (prurito)
acesos febriles
una esplenomegalia ligera
una polinucleosis sanguínea, mucho más frecuente que la eosinofilia de los clásicos.

Este diagnóstico tiene una grande importancia

1) *a causa del tratamiento radioterápico*
2) *a causa del pronóstico fatal* en el término de 3 a 4 años como máximo, pues, luego de un éxito efímero, el tratamiento radioterápico pierde rápido su acción.

C. *El cáncer del pulmón*

Tercera causa capital. Suponemos un *cáncer* primitivo del pulmón.

I. *Casos fáciles.*

a) *clínicamente:*
dolores intercostales tenaces
una tos coqueluchoide
hemoptisis
una pleuresía dolorosa, disneisante, hemorrágica
ganglios axilares y supraclaviculares

b) *radiológicamente:*
una sombra parenquimatosa densa, opaca, de bordes irregulares, de caracteres extensivos
sombras mediastínicas ganglionares.

II. *Casos difíciles.*

Corrientemente, se trata de un diagnóstico muy difícil, pues:

a) *clínicamente:*

posibilidad de trastornos de conducta muy común
inconstancia de ganglios
carácter muy tardío del adelgazamiento

b) *radiológicamente:*

El cáncer del pulmón puede simular
imágenes de quiste hidático
imágen de caverna
imágen de lobitis

En la práctica se concederá una importancia capital a los siguientes elementos:

1) *a las adenopatías axilares y supraclaviculares,* de las cuales habrá que hacer la *biopsia.*

2) *ciertas imágenes radiológicas:* en particular a la asociación de imágenes parenquimatosas y mediastínicas; así como también a las imágenes de parálisis frénica unilateral.

3) *la broncoscopía* que podrá mostrar
el aspecto de "bronquio fijado"
un tumor endobrónquico, hemorrágico
permitirá la biopsia

4) la evolución progresiva.

Se conoce la gravedad inexorable del cáncer del pulmón.

D. *Pero, en la práctica, el diagnóstico es muy difícil* entre estos tres casos:

aneurisma
Hodgkin
cáncer del pulmón.

a) *El aneurisma* puede comportar
hemoptisis, que pueden hacer pensar en cáncer.
imágenes pseudoneoplásicas masivas

b) *La enfermedad de Hodgkin y el cáncer del pulmón pueden presentar puntos comunes:*

1) *En los dos casos, posibles pleuresías*
2) *En los dos casos, adenopatías*
3) *En los dos casos, imágenes radiológicas idénticas.*

De ahí la importancia capital:
de los exámenes atentos y repetidos
de la broncoscopía

de la biopsia

Tales son las tres causas principales de un síndrome mediastínico.

CAUSAS MENOS FRECUENTES—

I. *La leucemia linfoide.*

Diagnóstico fácil. Pues las manifestaciones mediastínicas son, en este caso, raramente las primeras en presentarse.

Sobrevienen, frecuentemente a título de complicación de un estado diagnostícado por:

la esplenomegalia

la adenopatías externas

la *fórmula "monótona"* característica de la leucemia linfoide.

II. *TUMORES MALIGNOS DEL MEDIASTINO*

Nacidos a expensas de los ganglios de los restos tímicos, de un cuerpo tiroides aberrante; se trata, sobre todo, de *Linfosarcomas,* de sarcomas, de endoteliomas, se engloban bajo este nombre afecciones distintas.

Se pensará en ellos ante:

1) *Un síndrome mediastínico de aparición rápida y de extensión acelerada.*

2) *Sombras radiológicas densas, homogéneas, de límites netos.*

3) *Una rápida alteración del estado general.*

El pronóstico es de una extremada gravedad.

III. *UN DIAGNOSTICO DE EXCLUSION*

La mediastinitis sifilíticas aislada

Pues, ella está asociada muchas veces a un aneurisma aórtico.

Se pensará en la *mediastinitis sifilítica* después de haber eliminado las causas precedentes, y si se está en presencia:

1) *De un síndrome de obliteración de la vena cava superior.*

2) *De signos de sífilis asociada*

clínicos

humorales

3) *De imágenes radiológicas*

sombras difusas, de límites imprecisos, *deshilachadas*

que parten del mediastino

que se extienden lateralmente hacia los pulmones

que dan un aspecto de sombra de conjunto a la imagen toráxica.

La asociación de una aortitis será también un dato necesario de tener en cuenta.

Pero, a menudo es un *diagnóstico difícil*, pues:

1) La mediastinitis puede ser frustra

2) Asociación frecuente de mediastinitis y de *lesiones aórticas.*

Es difícil precisar en la radio el estado de la aorta, que puede velar la sombra de la mediastinitis.

Es importante hacer el diagnóstico de mediastinitis sifilítica, a causa del tratamiento antisifilítico que puede ejercer, sobre todo al comienzo, una acción notable.

IV. *DIAGNOSTICO DE EXCEPCION*

a) *Los tumores benignos del mediastino.*

quistes dermoides

lipomas

fibromas

Tumores muy raros, que raramente dan compresiones mediastínicas importantes.

b) *La gran orejuela izquierda de una estrechez mitral.*

que, se sabe, puede dar lugar a una parálisis recurrencial y prestarse, a veces, a error con la imagen de un aneurisma aórtico.

c) *Afecciones agudas*

1) *Pericarditis agudas*

Se trata entonces, y, sobre todo, de una *pericarditis tuberculosa con su enorme derrame.*

Pero es raro el síndrome mediastínico

rara la actitud de *plegaria mahometana*

2. *Pleuresías mediastínicas* (principalmente posteriores)

afecciones muy raras

diagnóstico muy difícil.

Es clásico insistir sobre

una *matitez* (costeando la columna vertebral)

(aspecto en cartabón de Chauffard).

una *imagen radiológica especial: imagen triangular* para cardíaca, *imagen en escuadra.*

Pero, estos signos son muy relativos y, recientemente, se ha insistido sobre el hecho que muchas imágenes triangulares de las bases pulmonares, que habrían podido ser atribuídas a pleuresías mediastínicas eran debidas, en realidad, a bronquiectasias con paquipleuritis (Rist).

Interés:

a) *de la punción exploradora bajo la pantalla*

b) del lipiodol.

3. *Supuraciones difusas del mediastino.*
consecutivas (a un cáncer del esófago)
(a una herida del esófago).

EN EL NIÑO

Dos causas esenciales

A. *La hipertrofia del timo*

Sobre todo, antes de los tres años.

a) *clínicamente:* cuadro a base, principalmente de
trastornos respiratorios (disnea con cornaje)
(disnea paroxística)

Al exámen físico se puede:

1. *A la percusión:* registrar, a veces, una matitez paraesternal discreta.

2. *A la palpación:* Sentir *un tumor blandujo,* por encima la horquilla esternal.

b) *radiológicamente:*

De ella depende el diagnóstico
de frente: imagen en chimenea, por encima del corazón
de perfil: obscurecimiento del espacio claro anterior.
Pronóstico grave: muerte rápida por asfixia, o
muerte súbida por síncope de patogenia discutida.

B. *LA ADENOPATIA TRAQUEOBRONQUICA TUBERCULOSA.*

A la verdad, el síndrome mediastínico raramente es intenso. Frecuentemente se limita a la palidez, al mal estado general; sin embargo, existen casos en que el síndrome mediastínico se presenta larvado:

1. *Es una crisis de asma:* que será preciso saber relacionar a su causa (asma ganglionar).

2. *Es una tos coqueluchoide* que no deberá tomarse como expresión de una coqueluche.

3. *Es una voz bitonal,* que habrá que estudiar detenidamente.
la noción de los antecedentes
la cutirreacción
la radio, esta última podrá mostrar imágenes hiliares redondeadas, homogéneas, de límites netos. Pero, son muchas veces difíciles de apreciar. Es difícil distinguir en una sombra mediastínica lo que es debido

a la intumescencia ganglionar de lo que es debido a la condensación pulmonar.

C. *Pero, no deberá olvidarse tampoco, en el niño,* la:

Enfermedad de Hodgkin, que puede observarse bastante frecuentemente.

CONCLUSIONES

Por consiguiente, *dos nociones capitales* caracterizan los síndromes meidastínicos

1. *Una noción de dificultad de diagnóstico,*
   positivo
   etiológico

Pues el síndrome mediastínico raramente es: rico y completo
(no se piensa en él).

Pues las causas de este síndrome tienen, con frecuencia, una traducción sintomática idéntica.

2. *Una noción de gravedad habitual y profunda de su pronóstico*

se trate
- del aneurisma aórtico
- de la enfermedad de Hodgkin
- del cáncer del pulmón.

(Tradujo VICTOR GIANNONI G.)
(5º Año de Medicina)

EMBARQUES AEREOS

A TODAS PARTES DEL MUNDO

Medicinas - Muestras - Repuestos - Regalos
Entrega Inmediata a Domicilio
Facilidad en los trámites aduaneros

Panagra

CASA GRACE TELEFONO 30339

TRADUCCION.

Alteraciones Traumáticas y Morbosas de los Discos Intervertebrales con Compresión de la Médula Espinal

por el Prof. Dr. FELIX JAEGER

(Jefe de la clínica quirúrgica de la Universidad de Munchen)

Las causas de procesos estenosantes a nivel del canal vertebral son por lo general tumores, pero es conocido sin embargo, que el prolapso de tejido fibrocartilaginoso entre el ligamento longitudinal posterior de la columna vertebral y la Dura Mater puede llevar a una comprensión de la médula. En el último año hemos tenido cuatro veces la oportunidad de operar bajo el diagnóstico de prolapso de los discos intervertebrales o sea HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO. En cuatro casos fué la historia clínica típica, los síntomas evidentes y la mielografía mostraba claramente en cada caso una detención a la altura de la 3ª y 4ª como tambi;n de la 1ª, 4ª y 5ª lumbares. En atención a la importancia del cuadro clínico informamos brevemente sobre las historias clínicas.

1er. Enfermo G.—El enfermo estaba hasta Enero de 1937 sano y hábil para el trabajo. En su condición de conductor de tranvía, sufrió durante su servicio un accidente. Tuvo que frenar violentamente por haberse presentado un repentino obstáculo. Detrás de él estaba parado un pasajero con una pesada mochila, que con la violenta frenada cayó hacia adelante, golpeando con el saco en la región lumbar del enfermo, quien experimentó inmediatamente agudos dolores, pero prosiguió sin embargo, su servicio. El mismo día sintió hormigueos y falta de seguridad en ambas piernas. El tenía la sensación de debilita-

miento en las piernas, por lo que tuvo, al cabo de dos horas, que interrumpir su servicio y hacerse transportar a su casa. El diagnóstico medico fué por de pronto *Rückenprellung* contusión medular o contusión vertebral. Después de algunas semanas se exteriorizó la sospecha de ciática Ischias (Ciática). Radiografías del sacro no contribuyeron a aclarar nada. Curas de baños no tuvieron éxito. Tratamiento en varias clínicas y hospitales bajo el diagnóstico de "Ischias" de ambos lados, hasta que por último, en la clínica médica de München, se exteriorizó la sospecha de un proceso en la Cauda Equina. La mielografía mostraba una clara interrupción, de tal manera que se pensó en un "prolapso del disco intervertebral". El Dr. Kessel operó al enfermo. Al separar los arcos vertebrales estaba la médula claramente estrechada. Se había pensado por de pronto en un tumor extramedular, pero que estuviera implantado dentro del canal vertebral y por sobre el cual tuviera que pasar la médula. Luego de incindir la Dura Mater y de desplazar lateralmente la médula se mostró la tumoración estenosante implantada bajo el ligamento longitudinal. Después de incindir dicho ligamento emergió sin mayores manipulaciones una gran parte del disco interverebral, una parte restante permitió ser extraída sin mayor dificultad con una pequeña pinza. El examen histológico demostró que se trataba de típico tejido fibro-cartilaginoso intervertebral. Después de la reposición de la médula era fácil reconocer que el canal vertebral había recobrado su anchura máxima normal y que la causa estenosante era pues el prolapso del disco intervertebral. La evolución posterior no tiene nada digno de mención. Las dolencias ciáticas, hasta entonces insoportables, desaparecieron desde el día mismo de la operación. Al cabo de tres semanas se levantó el enfermo y al cabo de cinco semanas se le dió de alta, ya curado, con la indicación de cuidarse aún durante seis semanas, evitando flexiones inútiles y el cargar pesos considerables. He hablado hacen pocos días con el enfermo quien está sano y libre de padecimientos, cumple su servicio completo y maneja motocicleta sin sentir por ello ninguna molestia.

2o. Enfermo D.—El segundo enfermo, un ingeniero de 32 años. La enfermedad había comenzado en Julio de 1937. En ocasión de una fiesta deportiva estuvo expuesto durante largo rato a la corriente de aire, y luego, después de participar en una carrera de larga duración en la cual sudó abundantemente, cambió sus ropas en una habitación fría. Algunos días más tarde experimentó, al levantarse en peso su bicicleta, agudos dolores en el sacro, lo que lo hizo suponer que se había acarreado una ciática. Al ver que los dolores no lo dejaban acudió a un médico quien lo trató con masajes, aire caliente, diatermia y analgésicos. Ninguna mejoría. A los tres meses se irradiaban los do-

lores hacia las nalgas, las rodillas y ambos tobillos. Luego se diagnosticó ciática (Ischias) doble. Ya que con ningún tratamiento se producía alguna mejoría, fué tratado en Diciembre de 1937 y Enero de 1938 con baños Moor, también sin resultado. Desde fines de Enero pudo, todavía con esfuerzo, caminar trechos algo mayores, después de los cuales se le adormecían regularmente (cada vez) el pie y la pierna izquierdas. Todas estas molestias desaparecían instantáneamente cuando se sentaba o se echaba en decúbito ventral. Desde entonces siente una debilidad en la pierna izquierda. En el curso del año 38 repite las curas de baños, estando al último en baños azufrados. Por último es enviado a una clínica de nervios donde se comprueba a grandes rasgos que los padecimientos corresponden al curso del ciático, pero se hace notar que los puntos típicos de presión del ciático no son dolorosos.

El examen clínico no revela nada importante. La WaR es negativa (?)

Con la inyección de yodipina se observa, en la radiografía de la columna vertebral, una obstrucción casi completa a la altura de del disco intervertebral que se encuentra entre la 4ª 5ª vértebras lumbares. Por lo tanto se diagnostica enfermedad estenosante (o proceso) a nivel del disco intervertebral situado entre el 4º y 5º cuerpo vertebral lumbar. Se tenía pues que tratar con seguridad de una comprensión de la Cauda Equina a la altura del disco intervertebral situado entre el 4º y 5º cuerpo vertebral lumbar. Sobre la clase del proceso patológico había que decir lo siguiente:

El desarrollo del cuadro clínico y las constataciones neurológicas hablaban en pró de que se trataba de una hernia del núcleo pulposo. Característico de ello era la falta de relación entre las manifestaciones de hipersensibilidad de los territorios ciáticos de ambos lados y la constatación neurológica de una motilidad prácticamente normal. (No habían ni atrofias, ni paresias, ni trastornos o alteraciones en los reflejos). La suposición de una hernia del núcleo pulposo encontró además, un importante apoyo en el resultado de la inyección de yodipina, la cual muestra sin lugar a dudas que la obstrucción de la yodipina queda a nivel del disco intervertebral situado entre los cuerpos 4º y 5º de las vértebras lumbares. La obstrucción abarca muy poco por sobre y bajo del disco intervertebral. En la historia faltaba un traumatismo lo cual hacía que el diagnóstico no estuviera del todo seguro. Con todo, declaraba el enfermo, que antes, como albañil, tenía que desarrollar un fuerte trabajo corporal, y además, es digno de atención observar que el primer dolor en la región sacra, el cual debe ser considerado como el comienzo de las dolencias nerviosas, apareció poco después de un ejercicio deportivo.

Si se me permite, en ocasión de esto decir algo sobre la anamnesis, no se debe, pues, adjudicar en la historia demasiada importancia al traumatismo en los prolapsos del disco intervertebral, aún cuando estos por lo común tienen como causa responsable un traumatismo. Hace poco se informó de la clínica Mayo sobre 50 de estos casos, de los cuales 10, o sea el 20%, no tenían nada en su historia que acusara un traumatismo.

Operé al enfermo el 5 de Enero de 1939. La médula estaba comprida exactamente entre el 4° y 5° cuerpo vertebral de las vértebras lumbares. Se la desplazó lateralmente, se abrió la Dura Mater, se perforó el ligamento longitudinal anterior y en este caso también emergió fuertemente el disco intervertebral y permitió ser fácilmente extraído. Luego de retirar las partes prominentes del disco intervertebral, se repone la médula en su lugar y se cierra con una costura la Dura Mater.

Desde el día mismo de la operación, me explicaba el enfermo que habían desaparecido sus padecimientos ciáticos y que podía mover sus piernas mejor que antes. Se le dió de alta el 7 de Febrero de 1939 o sean 31 días después de la operación, debiendo aún cuidarse durante seis semanas. El está hoy libre de toda dolencia, sano y hábil para el trabajo.

3er. Enfermo R.—Un tercer enfermo nos fué enviado de la clínica de nervios, con el diagnóstico de comprensión de la Cauda Equina más a la izquierda que a la derecha, con gran probabilidad de ser una hernia del núcleo pulposo.

El enfermo, de 37 años de edad, sintió en Marzo de 1937, dolores en el sacro por primera vez y que entonces localizaba en una zona bien definida. Luego, comenzaron también dolores en la nalga izquierda, en el muslo y por último, en toda la pierna. Además de estos dolores irradiados que seguían el curso del ciático, tenía el enfermo también dolores en la cara anterior del muslo y parestesias en toda la pierna. De manera pasajera había tenido dolores punzantes a lo largo de la cresta tibial anterior. Desde Octubre de 1938, presenta parestesias en la nalga y en el muslo derechos. En Octubre de 1938, recibe tratamiento en una clínica ortopédica. Inyecciones intralumbares, dos veces distención del ciático como también la aplicación temporal de un pantalón de yeso no trajeron tampoco ninguna mejoría. A causa de esto fué llevado el 6 de Enero de 1939 a la clínica de nervios. Al historiar más detalladamente se comprobó que el enfermo en 1922, al cargar un riel de ferrocarril, había hecho un esfuerzo exagerado, a raíz de lo cual, padeció temporalmente de dolores sacros, que se localizaban más o menos, como los actuales. El mismo cree que, en 1922, se trató de una ciática. Neurológicamente no se encontró, a parte de una ligera atro-

fia por inactividad de toda la pierna izquierda y de un franco Lasege y Bragard (típico dolor por distención), ninguna marcada constatación patológica. Las radiografías de la columna vertebral lumbar, previa inyección de yodipina, mostraron nuevamente un defecto en el relleno, a la altura del disco intervertebral entre la 4ª y 5ª vértebras lumbares. Además, se reconoce una clara presentación de las raíces sacrales izquierdas por la yodipina. Además, también, se reconoce un defecto de relleno de la yodipina formando un "dentado" en la pared exterior derecha, y en el disco intervertebral entre los cuerpos vertebrales de la 3ª y 4ª vértebras lumbares. Los defectos de relleno mencionados se lograron tanto en la posición vertical con la cabeza hacia arriba como invertida (Kopfhochlage y Steisshochlage). Se los consideraron, pues, por esto, patológicos y en relación con las constataciones clínicas, como hernias del núcleo pulposo, a la altura de los discos intervertebrales situados entre la 3ª y 4ª y entre la 4ª y la 5ª lumbares.

En la operación, el 12 de Enero de 1939, (Jaeger) se extrajeron los arcos vertebrales de la 3ª, 4ª y 5ª, vértebras lumbares. No se constató nada patológico. Aún al buscar la situación de los discos intervertebrales con la aguja, no se tenía en ningún lugar la impresión de que existiera relación patológica alguna.

El curso de la curación fué normal; el enfermo fué dado de alta el 7 de Febrero de 1939, o sean 29 días después de la intervención, mejorado y con cargo de cuidarse aún seis semanas. Seguramente fué, que en conexión a la operación, se retiraron marcadamente todas las molestias.

4o. Enfermo.—Al cuarto enfermo lo operamos el 9 de Enero de 1939 (Kessel). Se trata de un joven de 17 años, al que, a principios de Octubre de 1938, le arrojaron una bola de bochas contra la región inguinal. En el momento del traumatismo, ejecutó una brusca rotación con la columna vertebral hacia la izquierda y en el mismo momento sintió violentos dolores en el sacro y algunos minutos más tarde, en la región inguinal y en la cara anterior del muslo izquierdo. La pierna izquierda se puso pesada y tenía que cojear. A pesar de esto prosiguió en su profesión de panadero. Dos veces cayó de la bicicleta porque no le era posible pararse sobre el pie izquierdo solamente. Cuatro semanas después de la aparición de las primeras dolencias fué al hospital, donde se sospechó un posible tumor de la médula. Más tarde fué remitido de allí a una clínica de nervios para corroborar el diagnóstico. El se quejaba en esa época, principalmente, de debilidad en la pierna izquierda, y los dolores mismos habían disminuído. En el examen se encontró en la pierna izquierda, una marcada atrofia de la musculatura de la nalga, la del muslo estaba menos atrófica y la de la pier-

na no estaba visiblemente comprometida. Al comienzo de su estada en la clínica, tenía un claro Lasege (dolor a la distención del ciático). Los puntos de presión del ciático estaban dolorosos e igualmente estaban dolorosos los puntos de presión del femoral. La fuerza de la musculatura pelviana en general, estaban bastante disminuída. Falta la respuesta del reflejo aquiliano izquierdo. El tono de la musculatura estaba disminuído. La marcha se realiza cojeando; al caminar, la pelvis se pone inclinada toda vez que el enfermo se afirma sobre el pie izquierdo.

Las radiografías simples de la columna vertebral lumbar en tres direcciones, no revelan ninguna modificación patológica. Luego de inyectar yodipina por vía suboccipital, se reconoce un defecto de relleno en la pared externa de la sombra de la yodipina entre la 5ª lumbar y la 1ª sacra. También se ve un defecto de relleno similar en forma de hendidura, a la altura del disco intervertebral, entre la 4ª y la 5ª vértebras lumbares.. Se acepta entonces, una compresión del plexo sacral y algunas ramas aisladas del plexo lumbar, provocadas por el prolapso de tejido fibrocartilaginoso intervertebral. En la operación se encontró un antiguo coágulo fibrinoso sanguíneo en territorio de las raíces de la Cauda Equina. No pudo ser encontrado ningún prolapso ni ninguna alteración patológica de los discos intervertebrales. Se trata, pues, de una hemorragia traumática en el canal medular con desgarramiento de algunas raíces. El enfermo resistió bien la operación y fué dado de alta el 7 de Febrero de 1939, o sean 29 días después de la operación, ya bastante mejorado y casi sin padecimientos.

Nosotros, vemos pues, que, aún con una típica historia clínica, con típicas constataciones clínicas como radiológicas, las constataciones operatorias pueden traer sorpresas y que el CUADRO NOSOLOGICO del prolapso del disco intervertebral se puede evidenciar tan sólo en la operación. El cuadro nosológico mismo, que en la literatura extranjera y especialmente en la americana, es suficientemente conocido, no ha encontrado hasta hoy una crítica suscinta en la literatura alemana, si bien es que muy pocos operadores cuentan con experiencias propias y sobre todo porque el cuadro nosográfico es hasta ahora casi desconocido en Alemania. Schachtschneider ha escrito en 1936 un interesante trabajo, desde el punto de vista patológico, valorizando los casos publicados hasta hoy en la liferatura y haciendo un intento de recopilar la sintomatología de este cuadro nosológico. Fué inducido a este trabajo al observar tres casos que pasaron a ser disecados en el Instituto de Patología de la Universidad de Kiel, que habían sido operados, y en los, que sin embargo, no se constató ningún hallazgo patológico. El escribe, que, las vértebras cervicales inferiores y las últimas lumbares han de

ser consideradas como los lugares de predilección para el prolapso de los discos intervertebrales. De manera singular es de notar que los prolapsos de las vértebras cervicales se encuentran descritos sólo en la literatura americana, mientras que en la alemana y francesa, siempre la afectada es la columna lumbar. Como signos típicos de irritación radicular se señalan dolores y parestesias de mayor o menor intensidad en los segmentos correspondientes. Notorio es el cambio de las manifestaciones, principalmente que estas calman después del reposo corporal. Pueden llegar a parálisis espásticas y flácidas con clonus y atrofias musculares, además también, pueden estar los reflejos exaltados o abolidos. Pueden también presentarse alteraciones funcionales de la vejiga y del recto. En muchos casos se suma también un éxtasis local de líquido céfalo-raquídeo, y esto hace explicable en general, que muy ligeras y casi insignificantes abombamientos del canal raquídeo, puedan determinar manifestaciones clínicas. Las influencias recíprocas de abombamientos en el canal raquídeo en relación con aumento o disminución temporal del éstasis del líquido céfalo raquídeo, hacen también comprensible la variabilidad del cuadro clínico. Sin embargo, hay que aceptar con seguridad que hay una compresión medular determinada por la ruptura traumática del disco intervertebral. Dandy describió en 1929, dos casos inobjetables de esta clase. Para todos estos casos que se acompañan de compresión medular, es indispensable la mielografía. Cuando por la mielografía se constata que toda la vía del líquido céfalo-raquídeo está libre, es por lo general inútil una intervención. Peiper y otros autores, han podido demostrar que hematomas frescos, tanto extra como intradurales, que como tales no constituyen una indicación de operación, no producen una detención del medio de contraste en la radiografía. Que esto, es distinto en estadios posteriores, lo comprueba el caso N° 4, citado por mí, en el que en la operación se encontraron restos de una hemorragia antigua. No se puede tan sólo por la radiografía o la interrupción en la sombra de la yodipina o sólo las constataciones clínicas establecer un diagnóstico.

Un diagnóstico tal puede quizás ser supuesto, pero hay que conocer bien el cuadro nosológico para poder ayudar y aconsejar al enfermo en caso de insistentes dolencias del lado del ciático.

Un trabajo de Haffner de la clínica Universitaria quirúrgica de Jübingen, demuestra lo difícil que es sacar conclusiones de una obstrucción en una mielografía. Hay casos conocidos en la literatura, en los que se comprobó una obstrucción a la cual parecían corresponder las manifestaciones clínicas, sin que se pudiera, en la operación, encontrar una causa a esa obstrucción. Contra lo esperado, se iniciaba en estos casos una mejoría después de la operación. El primero de esta clase

ser consideradas como los lugares de predilección para el prolapso de los discos intervertebrales. De manera singular es de notar que los prolapsos de las vértebras cervicales se encuentran descritos sólo en la literatura americana, mientras que en la alemana y francesa, siempre la afectada es la columna lumbar.. Como signos típicos de irritación radicular se señalan dolores y parestesias de mayor o menor intensidad en los segmentos correspondientes. Notorio es el cambio de las manifestaciones, principalmente que estas calman después del reposo corporal. Pueden llegar a parálisis espásticas y flácidas con clonus y atrofias musculares, además también, pueden estar los reflejos exaltados o abolidos. Pueden también presentarse alteraciones funcionales de la vejiga y del recto. En muchos casos se suma también un éxtasis local de líquido céfalo-raquídeo, y esto hace explicable en general, que muy ligeras y casi insignificantes abombamientos del canal raquídeo, puedan determinar manifestaciones clínicas. Las influencias recíprocas de abombamientos en el canal raquídeo en relación con aumento o disminución temporal del éstasis del líquido céfalo raquídeo, hacen también comprensible la variabilidad del cuadro clínico. Sin embargo, hay que aceptar con seguridad que hay una comprensión medular determinada por la ruptura traumática del disco intervertebral. Dandy describió en 1929, dos casos inobjetables de esta clase. Para todos estos casos que se acompañan de comprensión medular, es indispensable la mielografía. Cuando por la mielografía se constata que toda la vía del líquido céfalo-raquídeo está libre, es por lo general inútil una intervención. Peiper y otros autores, han podido demostrar que hematomas frescos, tanto extra como intradurales, que como tales no constituyen una indicación de operación, no producen una detención del medio de contraste en la radiografía. Que esto, es distinto en estadios posteriores, lo comprueba el caso N° 4. citado por mí, en el que en la operación se encontraron restos de una hemorragia antigua. No se puede tan sólo por la radiografía o la interrupción en la sombra de la yodipina o sólo las constataciones clínicas establecer un diagnóstico.

Un diagnóstico tal puede quizás ser supuesto, pero hay que conocer bien el cuadro nosológico para poder ayudar y aconsejar al enfermo en caso de insistentes dolencias del lado del ciático.

Un trabajo de Haffuer de la clínica Universitaria quirúrgica de Jübingen, demuestra lo difícil que es sacar conclusiones de una obstrucción en una mielografía. Hay casos conocidos en la literatura, en los que se comprobó una obstrucción a la cual parecían corresponder las manifestaciones clínicas, sin que se pudiera, en la operación, encontrar una causa a esa obstrucción. Contra lo esperado, se iniciaba en estos casos una mejoría después de la operación. El primero de esta clase

operación suficiente sitio para pasar sin dificultad por encima del disco intervertebral propulsado.

El cuadro nosológico no es tan sólo para los cirujanos, sino para todos los médicos, de la mayor importancia. Se abren así, con estos nuevos puntos de vista, para juzgar los llamados dolores sacros, de las ciáticas y cuadros nosológicos semejantes. Son conocidas las dificultades que se nos ofrecen en el diagnóstico diferencial por los dolores sacros. Muchos de estos enfermos se encuentran durante años en tratamiento por ortopedistas, internistas, ginecólogos, ellos pueblan los baños antireumáticos y en no raros casos, no surte efecto ni uno ni otro tratamiento. Está demás recordar que en casos especialmente reacios, también se hará el diagnóstico de histeria.

También hago recordar a los dolores sacrales producidos estáticamente, o en los padecimientos articulares debidos a sacralización y lumbalización, a las muchas consideraciones que se relacionan con las posiciones anormales de la columna lumbo-sacral, o a los transtornos de desarrollo en los casos de espina bífida y demás.

De todos modos, debemos introducir en el círculo de las consideraciones sobre diagnóstico diferencial al prolapso posterior del disco intervertebral, que puede ser alguna vez, también, causa de las dolencias anteriormente expuestas.

Por motivo de los pocos casos operados hasta ahora en nuestra clínica, consideramos como prematuro el tomar hoy ya una posición frente al problema de si el prolapso posterior del disco intervertebral, sea siempre debido o nó a un traumatismo. Nosotros aceptaríamos de acuerdo con Schachtschneider, que se trata de discos cartilaginosos alterado ya anteriormente para los que en determinadas circunstancias, un ligero traumatismo signifique un pretexto desencadenante del prolapso. Deberían reunirse sin embargo, otras experiencias más para hacer posible un juicio correcto al respecto.

De todas maneras, es importante señalar el cuadro nosológico del prolapso del disco fibro-cartilaginoso intervertebral con sus variadas manifestaciones clínicas, y en casos reacios recomendar un detenido examen con la orientación anteriormente señalada. Basándonos en nuestras experiencias, recomendamos, en los casos confirmados, insistetemente la operación.

De Münchester Medizinische Wochenschrift.

(Tradujo Luis Morelli P.)
5º año de Medicina.

LECCIONES Y CONFERENCIAS—

El ejercicio ilegal de las Profesiones Médicas

Resumen de la Conferencia dictada por el Prof. Dr. Juan L. Hague, en el Salón de Actos de la Escuela de Farmacia de la cual es Director.

Comenzó el conferencista, por referirse al charlatarismo que consideró como una plaga que invade todas las profesiones.

Hizo la historia del charlatanismo a través de los pueblos de la antigüedad: los hebreos, egipcios y romanos, en los que apareció con el ropaje de la hechicería y de la magia. Se refirió a los conceptos de Hipócrates y Aristófanes, que hicieron ruda campaña contra esta plaga. Dijo que de todas las profesiones la Farmacia era la más amenada por los charlatanes. Se ocupó extensamente del empirismo en el Perú e hizo referencias al curanderismo y a la brujería.

Entró después a ocuparse del "Charlatanismo profesional", refiriéndose a sus distintas modalidades: exageración de la eficacia de los tratamientos; cobro indebido de honorarios; prescripción de especialidades y medicinas de eficacia desconocida, etc.

Pasó a ocuparse de las condiciones morales que debe poseer el médico: lealtad en las determinaciones, pureza en las intenciones; desinterés en la actuación profesional.

Dijo que la moralidad profesional hay que inculcarla en la juventud, época de la vida en que comienza a experimentarse el concepto de la propia responsabilidad; Goethe ha dicho: "Sólo hay un momento en que puede forjarse el hierro".

Estudió la psicología del hombre al través de las distintas edades, señalando las particularidades del hombre adolescente: la emoción, habilidad, la sugestionabilidad y la facultad de imitación.

Hizo un estudio de las cualidades que deben poseer los profesionales de las ciencias médicas: capacidad, moralidad y atracción personal. Recordó las siguientes frases de Samuel Smiles: "Las condiciones del

carácter, son hijas de la potencia del corazón y éste generalmente gobierna la vida, en cambio el talento, el genio lo es sólo del cerebro". Se refirió a los factores exógenos y endógenos que pervierten al profesional y que lo asechan constantemente: el mal ejemplo, la falta de sanción social, las pasiones y el egoísmo.

Dijo que los farmacéuticos y los médicos debían cultivar algo que es muy viejo y algo que es muy nuevo: *la moral y la ciencia.*

Debemos actuar con respecto a nuestros semejantes como desearíamos que actuaran con nosotros mismos, recordando la Ley de Kant para la humanidad: "obra de tal manera, que le que tu hagas desees en el mismo momento que sea Ley a la que ellos sometan su conducta".

Dijo que la norma del médico debe ser la verdad, pues, ésta es el cimiento de la razón y de la belleza. El médico debe hacer siempre ante el enfermo todo lo que sea necesario según la ciencia para curar la enfermedad, pero no practicar jamás lo que científicamente no sea indicado. En otras palabras: No apartarse de la verdad, que como ha dicho Goethe: "ninguna cosa podría ser bella, si no fuera verdaderamente lo que debe ser y si no poseyera todo aquello que debiera poseer".

Si la moral no ha progresado —dijo— al compás de otros valores de la civilización, es por la gran dificultad que muchas veces tiene el hombre de justipreciar certeramente sus propios actos o voliciones, a pesar de que como dice Yung, éste tiene la facultad sobre los demás seres de la creación de objetivarse a sí mismo. Hacer el bien a los demás es un placer elevado y las altas cumbres a que aspiramos en el ejercicio de nuestra profesión, no podrán coronarse sin trabajo y sacrificio; y por eso dice Murrais que no se deje el triunfo para la vejez, porque no sería triunfar, todo lo más sería alcanzar al mismo tiempo la inmortalidad y la muerte.

Pasó luego a ocuparse de las sanciones legales del charlatanismo, ocupándose de las disposiciones pertinentes del Código Penal de 1860, qu calificó de tolerante y de la ley de 1888 que rige el ejercicio de las profesiones médicas en el país y de su respectivo reglamento, haciendo ver que si bien esta ley era plausible desde el punto de vista declarativo, resultó ineficaz desde el punto de vista punitivo, pues, no señaló sanciones severas, no previó los medios para la supresión del empirismo nefasto que tanto daño viene haciendo en las distintas localidades del territorio.

Hizo después referencia al Art. 280 del Código Penal vigente, dejando constancia que no reprimía el ejercicio ilegal de la Farmacia.

Comparó las disposiciones pertinentes de nuestro Código Penal, con las del Código Argentino, que consideró más amplias, eficaces y completas.

Dijo que según nuestra ley penal para poder sancionar el ejercicio ilegal de la medicina hay que acreditar "la habitualidad en el ejercicio". Se refirió a las resoluciones de la Corte de Casación Francesa, al tratar el hecho de la voluntad constante, en el ejercicio ilegal.

Estudió largamente el hecho de la intencionalidad, requisito legal para la sanción de los hechos delictivos de esta índole, haciendo distingos ante la intencionalidad inmediata y la mediata.

Puntualizó enseguida las distintas modalidades del ejercicio ilegal que puede ser verbal o traducirse por hechos reprimibles.

Estudió el ejercicio ilegal de la profesión por los estudiantes, señalando los actos que se consideran delictuosos.

Se ocupó enseguida, largamente, del estudio circunstancial del ejercicio ilegal dentro de las distintas profesiones médicas: la medicina, la farmacia, la odontología y la obstetricia, puntualizando todas las formas que puede presentar esta figura delictiva, y principalmente, hizo hincapié en el delito de *"cubrir con el título"* que, tan generalizado está en el Perú, en lo que respecta a la profesión farmacéutica.

Se refirió a la Jurisprudencia correspondiente al delito de ejercicio ilegal de las profesiones médicas y citó algunas ejecutorias interesantes que contemplan las distintas modalidades de estos hechos antisociales.

Se refirió, también, al delito de usurpación de títulos, señalando los casos de punibilidad.

Estudió las circunstancias atenuantes del delito: la gratuidad de los actos practicados y la buena fé: las circunstancias agravantes: espíritu de lucro, etc., explicando los alcances del art. 51 del Código Penal vigente.

También se refirió, a la prescripción del delito en referencia, disertando sobre el art. 119 del Código Penal.

Refiriéndose a la libertad profesional sostuvo, que no era aplicable tal beneficio a los delincuentes de este género, de conformidad con lo preceptuado en el art. 104, inciso 4º del nuevo Código de Procedimientos en Materia Penal.

Y habló para terminar, de los alcances de la responsabilidad civil en esos delitos.

Dijo el conferencista, que a pesar de las terminantes disposiciones del art. 1º de la ley de 1888, la Farmacia se ejerce por gentes charlatanes en muchos lugares de nuestro territorio, en donde se venden medicinas y se confeccionan recetas en los bazares, bodegas y tiendas de comercio, sin control alguno; pero es más grave que funcionen en la República verdaderos botiquines dirigidos por curanderos inexcrupulosos; y lo más alarmante es, que se permita no por tolerancia, sino por disposición reglamentaria expresa "que los llamados prácticos ejerzan la Far-

macia donde no hay farmacéuticos"; el art. 7º del Reglamento respectivo contraría la disposición del art. 1º de la ley de 1888 y las disposiciones del Código Penal pertientes.

Ese art. —dijo— es un estigma para la profesión. ¡No es posible consagrar el ejercicio ilegal por medio de disposiciones reglamentarias!

¿Procediendo con igual criterio, podrían consignarse en los Reglamentos de Medicina, Odontología, etc. disposiciones para que los enfermeros y topiqueros traten enfermos y practiquen operaciones quirúrgicas?

Terminó el conferencista, haciendo un llamamiento a todos los profesionales para luchar solidariamente hasta desterrar el empirismo y la charlatanería en los diversos ramos de las ciencias médicas.

El intrusismo —dijo— es un cáncer que aniquila lentamente el organismo físico de la Madre Patria, de cuya fortaleza depende el porvenir de la nacionalidad y el engrandecimiento de nuestra raza.

La solidaridad es simpatía consciente y pertinaz: activa y militante. Por la Solidaridad, la resonancia afectiva nos eleva a la unidad de sentimientos, de ideales, de actividades y de esperanzas.

Soy de los que creen —dijo— que sólo con la solidaridad en el esfuerzo y la energía en la acción se resuelven los más arduos problemas de la vida, y se han llegado a realizar las más grandes conquistas que registra la Historia, al través de la lucha por el bien y el progreso que viene llevando a cabo la humanidad en el transcurso de los siglos.

Luis Gallo

HIGUERAS Nº 224

SE FABRICA TODA CLASE DE APARATOS PARA CONSULTORIOS MEDICOS

Mesas Ginecológicas - Vitrinas - Porta-Irrigadores
Mesitas Auxiliares y Todo lo Concerniente.

INDUSTRIA NETAMENTE NACIONAL

LO QUE DICEN LOS ALUMNOS—

En esta sección se dará cabida a las opiniones de los estudiantes de Medicina; y de las cuales, únicamente, ellos son los responsables.

LO QUE DEBERIA HACER EL C. E. M.

Considero que es demasiado delicado escribir algunas líneas, dentro de nuestro ambiente estudiantil, para exponer el criterio que debería primar en la Directiva del C. de E. de M., con el fin de obtener algunas mejoras dentro de ciertos aspectos de la vida estudiantil, ya por lo que corresponda a la Facultad de Ciencias Médicas, o a factores que el Centro podría solucionar por sí mismo; y digo en un principio delicado, ya que los conceptos que priman muchas veces entre los compañeros, son tan antágónicos, que inhibe a exponer ciertas ideas, a mi parecer útiles. Pero, sean estas líneas, por lo menos, con la más sana intención, y deseo de una superación tanto personal como colectiva del estudiantado de Medicina.

Es así, como en primer término, la Directiva del Centro de Estudiantes debe en la brevedad posible, y antes de que expire el presente año académico, solucionar de una vez su condición económica, sin cuyo medio le ha de ser imposible llevar a cabo obras de progreso estudiantil y de organización propia.

De otra parte, la actividad de nuestro centro se ha limitado demasiado, y muchas veces pensamos que solo existe nominalmente. Hay que pensar que estamos dentro de una época que nos obliga a dejar obras materiales, así como encausar y dar aliento a las generaciones venideras; pues, de lo contrario, con la pusilanimidad propia de nuestro medio y el esperar que todo lo haga el que venga, sin querer asumir alguna responsabilidad, por temor, y solo hacer gestiones cuando algún fin lucrativo y acomodaticio personal se va a obtener, es cosa que debe ser desechada.

Con esto, expongo ciertas ideas que el Centro no debería discutirlas, porque en esto no cabe tal, sino de resolver y gestionar ante las autoridades universitarias, quienes, por lo natural y justas, estoy convencido no habrán de poner obstáculos para su solución:

1º Dentro de los Derechos de matrícula y exámen, se incluirá una cuota estudiantil de S/. 16 anuales (soles 5 en cada cuota): pro-Centro de E. de M. La inversión del total de estas cuotas será: 50% para la Biblioteca del Cenáro y el otro 50% paar el pago de alquiler y enseres de un local apropiado dentro del radio urbano de la ciudad.

2º Pedir al Decanato de la Facultad de Medicina el incremento de la Biblioteca, la cual está en pésimas condiciones de provisión; y que se le adapte además, un salón de lectura cómodo e higiénico, ya que el existente en la actualidad representa una injuria para el que tiene deseos de recurrir a esa biblioteca.

3º Siendo la mayoría del estudiantado, de escasos recursos económicos, y ya que es intención del Gobierno apoyar a personas de mayor preparación para la ocupación de puestos públicos, especialmente en lo referente a la Dirección de Salubridad Pública, solicitar a las autoridades gubernamentales y en especial, gestión del señor Rector y del señor Decano de la Facultad para que dichos cargos sean ocupados por estudiantes de Medicina, o en su defecto sean provistas las vacantes a los alumnos que mayor idoneidad demostrado en sus respectivos años de estudio.

4º Hacer anualmente en el Día del Estudiante de Medicina, una colecta, mediante fiestas culturales, con el fin de obtener fondos pro-Centro de Estudiantes de Medicina con el fin de incrementar la Biblioteca del Centro, y otra parte hacer depósito en un banco de la ciudad para ir acumulando fondos para la construcción de un local propio del Centro.

5º Gestionar ante el Gobierno o ante la Facultad de Medicina la donación de un terreno, para la construcción de dicho local.

6º Insinuar y hacer propaganda intensa para que se cree en la Facultad de Ciencias Médicas, Cátedras Libres en ciertas materias, para que, a medida de las posibilidades económicas, se traiga al país profesores e investigadores de reconocida capacidad con el fin de que dicten ciclos de conferencias científicas, ya que tan estupendo resultado y buena aprobación han tenido las efectuadas por Marañón, Cruz Cocke, etc.

El que escribe estas líneas, entiende la dificultad que representa llevar a la realidad los propósitos indicados; pero, tan laudables y beneficiosos son, tanto para la colectividad estudiantil como para el elemento docente y médico en general, que a fuerza de insistir y exaltar el espíritu comprensivo y de buena intención tanto de las autoridades respectivas así como por lo que toca al estudiantado, que se conseguiría sus objetivos.

Víctor Levy B.
(5º Año de Medicina)

NECESITAMOS UNA BUENA BIBLIOTECA

Entre las muchas finalidades del Centro de Estudiantes de Medicina está la muy noble de velar por la elevación moral e intelectual del estudiante. Hasta ahora muy poco se ha hecho, debido unas veces —las menos— a obstáculos insalvables o difíciles de vencer, y otras veces —casi siempre— a la decidia e indiferencia. Es necesario que nos impongamos la gran tarea de convertir a nuestra institución en un organismo vigoroso, admirado y respetado. Para ello uno de los medios es fomentar el desarrollo de la cultura general y médica, cuyo mejor instrumento es una buena biblioteca, máxima ahora que, a pesar del considerable aumento del número de alumnos, no hay un progreso paralelo de la Biblioteca de la Facultad.

Nuestra joven institución no cuenta con suficientes recursos económicos, no sólo porque la asignación que le tiene establecida la Facultad es insignificante, sino porque los mismos estudiantes no dan todo lo que deben o porque olvidan, lamentablemente, sus más elementales deberes para con el C. E. M.

Pero a falta de dinero abundante podemos poner todo nuestro entusiasmo en servicio del C. E. M. y nuestro indispensable "grano de arena" (cotizaciones puntuales y al máximo, concurso personal, etc.). Para alcanzar la victoria hay que tener el deseo de triunfar. Si nos proponemos tener libros los tendremos.

Puede servirnos de base para la formación de la Biblioteca las donaciones de libros de todos los que, haciéndose eco de nuestras justas y nobles aspiraciones de progreso, quieran venir en nuestra ayuda. Estamos seguros de que con una gestión activa y decidida conseguiríamos numerosas donaciones de parte de los profesores y profesionales nacionales y extranjeros. Por lo pronto, cabe afirmar que los profesores y compañeros argentinos acogerían con mucha simpatía nuestro propósito; la forma tan correcta y sincera como nos trataron unos y otros, cuando visitamos la gran ciudad de Buenos Aires, nos hace tener confianza en la amistad de los estudiosos de la adelantada nación hermana. Y lo que decimos de este país podemos decirlo de todos los pueblos americanos, porque los intelectuales del nuevo mundo están compenetrados de los mismos sentimientos de solidaridad y ahora más que nunca sentimos la necesidad de darnos la mano y el abrazo fraterno que haga comprender al mundo entero que América está de pie y lista a cumplir su destino histórico.

Octaviano Sandoval D.
(7º Año de Medicina)

REVISTAS DE REVISTAS.

ESTUDIOS ACERCA DE LA DIURESIS MERCURIAL.—EL EFECTO INMEDIATO SOBRE LA PRESION SANGUINEA VENOSA. — Drs. Italo F. Volini y Roberto O. Levitt. — (The American Heart Journal, Nº 2 febrero 1939)

Los autores han estudiado el efecto de la diuresis mercurial sobre la presión sanguínea venosa. Para ello eligieron el diurético mercurial Esidron, que inyectaron por vía intravenosa a dosis de 1-2 cc. La presión sanguínea venosa fué medida antes y 24 horas después de la inyección de Esidron. La presión máxima en una serie de 79 pacientes fue de 410 mm., de agua. El descenso máximo en 24 horas fué de 175 mm. y el mínimo de 70 mm. La acción inmediata de la diuresis mercurial, así como la de una diuresis abundante y espontánea sobre la presión sanguínea venosa, consiste en un descenso de la misma, el cual, al parecer, se halla en proporción directa con el grado de la diuresis. El descenso de la presión sanguínea venosa puede servir para juzgar objetivamente de la acción clínica de los diuréticos mercuriales en pacientes con insuficiencia cardíaca y edemas.

N. R.

VITAMINA P EN LA PURPURA VASCULAR. — I. Newton Kugelmass. — The Journal American Medical Association. — Agosto 1940. Vol 115, Nº 7, pág. 519

Los autores afirman que la Vitamina P de Szent-Gyorgyi, administrada en forma concentrada por vía oral fué efectiva en el tratamiento de dos niños con púrpura alérgica, de un niño con púrpura infecciosa, y en dos infantes con púrpura nutricional. Fué por otro lado inefectiva en tres casos de púrpura mecánica.

La vitamina P es un glucosido eriodictol y hesperidina; y parece que es protectora de la integridad funcional del sistema endotelial vascular en el hombre.

R. V.A.

CIERTOS ASPECTOS DE LA ICTERIA OBSTRUCTIVA. — E. L. Eliason and J. Johnson. Medical Journal. Pensilvania. 43: 452, 1940. X

En pacientes con Icteria Obstructiva, vistos en el Servicio de Cirugía del Hospital de la Universidad de Pensilvania, desde 1922 a 1938, un 48% tuvo como origen de la obstrucción, los cálculos; en un 20% las lesiones pancreáticas; en un 8% los espasmos de los conductos biliares y un número menor por lesiones también frecuentes.

Los autores indican la convicción que tienen en la eficiencia del tratamiento preoperativo de los pacientes con icteria obstructiva. Dicen que él debe comprender una alta dieta calórica, conteniendo 30% de proteínas y 70% de carbohidratos a fin de mejorar las condiciones hepáticas; al mismo tiempo administración de Vitamina K, transfusión de sangre y si fuera necesario, glucosa intravenosa.

Recomendando al mismo tiempo la anestesia local, continúan su interesante artículo; y dicen igualmente que, si es necesario se debe reforzar la acción anestésica por medio del Ciclopropano o de la anestesia espinal.

Advierten que la más alarmante y seria complicación de los pacientes ictéricos es la hemorragia resultante de la deficiencia de protrombina. Pero esto, se puede remediar por la alimentación con Bilis y Vitamina K. El valor de estas medidas en el tratamiento de los pacientes ictéricos está bien establecida.

El cuidado postoperativo de esta clase de pacientes es continuación del cuidado preoperativo debiéndose dar preferente atención a la herida quirúrgica y a la fístula biliar si se presentara. La terapia antihemorrágica con Vitamina K y Bilis es imperativa.

Los autores, también hacen ver que si se pierde una gran cantidad de bilis a través de la fístula, es esencial que esa bilis sea reemplazada lo que se puede hacer valiéndose del tubo de estómago.

Finalmente exponen los autores, que siguiendo la práctica de C. C. Johnston, ellos recientemente han usado preparados especiales de Bilis de cerdo para este propósito.

R. V. A.

LAS HORMONAS SEXUALES. — Buenos Aires, 1940

Es un volumen profusamente ilustrado de 120 páginas, editado con pulcritud por la Sociedad para la Industria Química en Basilea (Suiza) con el objeto de suministrar al médico práctico lo que verdaderamente interesa para actuar con eficiencia en el campo de relativa novedad de las hormonas sexuales químicamente puras y de alta actividad.

El hecho de que los químicos y biólogos de los Laboratorios de Investigación de la Cibao (Ruzicka, Wettstein, Miescher, Tschopp, Scholz, Hartmann, Locher, etc.), han desempeñado un papel preponderante en el progreso científico realizado en este dominio, puede explicar el mayor interés de este libro en que el Departamento Científico de la Ciba explica los datos teóricos, experimentales y clínicos establecidos.

El estudio de los capítulos II y III facilita la comprensión de la naturaleza, relación mutua y efectos de las hormonas sexuales estradiol (Ovociclina), dipropionato de estradiol (Ovociclina P), progesterona (Lutociclina) y propionato de testosterona (Perandren), que dicho sea de paso, se hallan ya en el mercado peruano, y fundamenta al mismo tiempo su uso en clínica.

Este libro ha sido impreso en los talleres gráficos de Guillermo Kraft, de Buenos Aires.

N. R.

NOTAS DE ACTUALIDAD.

Métodos Estadísticos en Medicina

A pedido del Centro de Estudiantes de Medicina, el Prof. Dr. Alberto Hurtado, ha empezado a dictar una serie de charlas sobre Métodos Estadísticos en Medicina. El tema, de por sí interesante; unido al especial conocimiento que de él tiene el Prof. Hurtado; ha despertado creciente interés no sólo dentro de los estudiantes, sino también de varios profesionales; pues por primera vez, entre nosotros, se dicta sistemáticamente un cursillo de esta naturaleza.

Becas para estudiantes de Medicina

Los Establecimientos Leonard S. A., cuyo Director-Gerente es el señor Abelardo Noriega del Valle, han tomado una medida que, por lo que representa para los Estudiantes de Medicina, merece nuestra más cordial acogida. Se trata de la donación que anualmente han hecho de una beca para un estudiante de cada uno de los años de Medicina; incluyendo además los gastos que demande la impresion de la tesis para Bachillerato y de grado.

Esta medida pone de manifiesto que dentro del interés de las casas Nacionales productoras de medicamentos, no solamente prima el deseo de obtener ganancias, sino también, el muy encomiable, de superar integralmente sus actividades, vinculando los beneficios que comercialmente obtienen con actos del de la naturaleza que comentamos.

Al exteriorizar nuestro agradecimiento a los Establecimientos Leonard S. A., queremos aprovechar esta ocasión para dejar perfectamente establecido nuestro propósito de cooperar ampliamente con los industriales que como el señor Noriega del Valle, estén animados de rectos deseos y sanas intenciones.

El Día de Carrión

Como en años anteriores, el 5 de Octubre, se realizaron una serie de ceremonias conmemorativas al sacrificio de Daniel A. Carrión, las cuales fueron organizadas por la Asociación Médica Peruana y la Asociación de Estudiantes de Ciencias Médicas. Por la mañana de dicho

día, concurrieron tanto médicos como estudiantes de Medicina ante el busto el mártir, donde hicieron uso de la palabra el doctor Gilberto Morey, por la Asociación Médica Peruana; Francisco Echevarría por los alumnos de 6º año de Medicina y Jorge Haacker Fort, por la Asociación de Estudiantes de Ciencias Médicas. Enseguida se trasladaron al Cementerio General, donde depositaron ofrendas florales en la tumba de Carrión, haciendo uso de la palabra el Dr. J. Escudero Villar por la Asociación Médica Peruana y Gustavo Delgado Matallena por el Centro de Estudiantes de Medicina.

En la tarde se realizó la actuación principal en el local de la Asociación Médica Peruana; actuación a la que asistió especialmente invitado el Presidente de la República. Hicieron uso de la palabra, el Dr. Jorge de Romaña, Secretario General de la A. M. P.; el Dr. Gabriel Delgado Bedoya y Jorge Haacker Fort. El Presidente Dr. Prado, cerró la actuación con un adecuado discurso.

En el trascurso de estas diversas ceremonias, fué posible advertir no solo el deseo de celebrar rutinariamente el aniversario del fallecimiento de Carrión, sino también el propósito de médicos y estudiantes de Medicina, de estructurar y consolidar, cada vez sobre bases más sólidas, los lineamientos generales de sus actividades gremiales. Es así, como queremos insistir especialmente sobre los conceptos emitidos por el Dr. Morey quien, con toda franqueza planteó una serie de cuestiones, que requieren una inmediata solución. Podemos afirmar que las finalidades inmediatas de los médicos y estudiantes de Medicina, se encuentran condensadas en el discurso del Dr. Morey, requiriéndose únicamente los medios adecuados para conseguirlas.

Sindicato Nacional de Obstetrices

Con todo éxito, tuvo lugar en el Teatro Ritz, una velada organizada por el Sindicato Nacional de Obstetrices. Los diversos números del programa tuvieron cumplida realización. Es de esperar que las actividades del Sindicato de Obstetrices continúen desarrollándose cada vez con más amplias proyecciones; y que, prontamente, ocupen al lado de las organizaciones de médicos y ramas conexas el puesto que les corresponde. Son, sobre todo, las jóvenes obstetrices las llamadas a realizar esta misión.

Federación de Estudiantes del Perú

Aprovechando la presencia de las delegaciones deportivas de las Universidades de Provincias, la Asociación de Estudiantes de Ciencias Médicas convocó a éstas y a los representantes de los Centros de las demás Universidades y Escuelas Superiores de Lima; a una reunión preliminar a fin de cambiar ideas acerca de la organización de la Fe-

deración de Estudiantes. Aunque esta reunión no pudo realizarse, fue posible advertir el deseo que existe de organizar en la brevedad posible este organismo estudiantil. Posteriormente nos hemos informado, que el Centro Federado de Derecho, ha tomado a su cargo la tarea en referencia. Sería de desear que los compañeros de Derecho, demuestren en la realización de esta misión el mismo entusiasmo que deben haber demostrado al hacerse cargo de ella; y que prontamente tengamos los primeros resultados objetivos de sus gestiones.

Olimpiadas Universitarias

Sin el brillo de la primera, se ha realizado la II Olimpiada Universitaria. Ha tocado, en esta ocasión, a los Estudiantes de San Marcos conquistar el Campeonato Olímpico, tras reñida lucha con el equipo representativo de la Universidad Católica. El equipo de la Facultad de Ciencias Médicas ha ocupado un modesto tercer puesto, situándose a un puntaje muy distante del equipo de la Católica que ha resultado Sub-Campeón. Sin que creamos que los nuestros estaban obligados a todo trance a conservar el Campeonato Olímpico que ostentaban: pensamos que su actuación no ha respondido absolutamente a las espectativas que en ellos se cifraba. Excluyendo las causas de orden técnico que han contribuído a la derrota de nuestro equipo; esperamos que se aclaren debidamente las otras, que, precisamente, por no ser de naturaleza técnica, no tienen razón que las justifique.

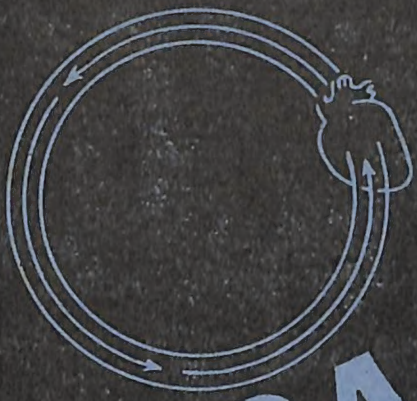
Necrológicas

El compañero Washington Chávez R., ha tenido la desgracia de perder a su señora madre. Presentamos, al compañero Chávez, nuestra más sentida condolencia.

Asociación de Estudiantes de Ciencias Médicas

A base de las delegaciones de los Centros de Medicina, Farmacia, Odontología y Obstetricia, la Asociación de Estudiantes de Ciencias Médicas, ha renovado su Junta Directiva, la cual ha quedado constituída así:

Secretario General, Francisco Echevarría M.
Secretario del Interior, Asunción Caballero M.
Secretario del Exterior, Saúl Dávila.
Secretario de Cultura, Máximo Meléndez.
Secretario de Economía, Srta. Armida Olivera.
Secretario de Asistencia Social, Daniel Lecaros.
Secretario de Publicidad, Daniel Herrera.
Secretario de Deportes, Oscar Calayatud.



CORAMINA

La Indicación Vital

se llena eficazmente con la

CORAMINA

en todos los casos en que se altera el equilibrio del aparato circulatorio, como por ejemplo:

Colapsos - Insuficiencia cardíaca y circulatoria
Enfermedades infecciosas
Intoxicaciones, incidentes de la narcosis, etc.

CIBA

PRODUCTOS »CIBA«

Depositario: OCTAVIO NIZZOLA. LIMA
CASILLA CORREO 907

La quimioterapia oral de la gonorreá con **ALBUCID**

es sencilla:

4 veces al dia 2-3 tabletas después de las comidas

corta:

5 dias de tratamiento

segura:

el coeficiente de curación llega al 90%

innocua:★

entre los miles de casos tratados no se registró efecto secundario alguno.

Tabletas
Envase con 20 tabletas de 0,5 gr.

Muestras y literatura a disposicion de los señores medicos

★ En el Albucid ha tenido previamente lugar la acetilización que los sulfonamidos experimentan en el cuerpo humano. La acetilización en el Albucid se ha practicado de forma que, en oposición a la combinacion acetilica ineficaz que se produce en el organismo, se ha logrado un preparado de mayor actividad terapéutica.

Schering

OSTERN & CIA
Casilla 2641 LIMA

Imprenta "La Cotera". — Amargura 984. — Teléfono 13209